Réunions infrarégionales d'information et d'échanges avec les EHPAD en 2012

Dr Emmanuelle CERF / ARS NPC – septembre/octobre 2012

Rappel des objectifs de la démarche

- Priorité GDR : efficience et qualité des soins en EHPAD

- Action déjà mise en œuvre dans la région lors de réunions territoriales organisées en mars 2011 sur le thème « Dénutrition » en lien avec le programme Mobiqual (organisme destiné à promouvoir l'amélioration des pratiques professionnelles sur des thématiques correspondant à des besoins identifiés)

- Objectif : diffuser au sein des EHPAD la démarche de gestion du risque en les incitant à mettre en œuvre des actions visant à améliorer la qualité de la prise en charge des résidents sur la base de recommandations élaborées par la HAS, l'ANESM, etc…

- Thème retenu en 2012 : la prise en charge médicamenteuse des résidents en EHPAD et plus spécifiquement la diminution de l'usage inapproprié des neuroleptiques chez les patients atteints de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées

  => Intégration du programme « AMI » (Alerte et Maitrise de la Iatrogénie) de la HAS

Autres actions d'accompagnement des EHPAD en 2012

- Appui des OMEDIT aux ARS sur les thèmes en lien avec le médicament dans les EHPAD pour renforcer la qualité et l'efficience des prescriptions médicamenteuses ainsi que la sécurisation du circuit du médicament

  => Retour de l'exploitation des questionnaires élaborés par l'ARS et l'OMEDIT de la région sur le circuit du médicament à destination des 260 EHPAD sans PUI dans le cadres des réunions GDR en EHPAD 2012

- Actions d'accompagnement déployées par l'Assurance Maladie (4ème trimestre 2012) : prévention de la iatrogénie médicamenteuse et prise en charge non médicamenteuse des troubles du comportement de la maladie d'Alzheimer et troubles apparentés

- Actions d'accompagnement des EHPAD déployées par la CNSA :

  - Formations Pathos/Aggir : formation régionale Pathos effectuée le 14/02/2012
  - Déploiement du programme Mobiqual : Présentation du nouvel outil sur le diagnostic et la prise en charge de la Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées dans le cadre des réunions GDR en EHPAD 2012

Organisation des réunions en 2012

1 réunion par territoire de santé d'une demi-journée :

- Artois : jeudi 27 septembre matin (IFSI du CH d'Arras)

- Hainaut : vendredi 28 septembre après midi (Ecole Nationale de l'Equipement à Valenciennes)

- Métropole : jeudi 4 octobre matin (Institut Gernez Rieux à Lille)

- Littoral : vendredi 5 octobre matin (IFSI du CH de St Omer)

Invitation de l'équipe d'encadrement médico-administrative (Directeur, médecin et IDE coordonnateurs) des 360 EHPAD de la région

Programme des réunions 2012

- Présentation de la convention SSR/EHPAD (Dr C. Maerten/DOS)
- Retour sur la consommation des antibiotiques en EHPAD (Dr C. Dupont/DSEE)
- Retour sur les bonnes pratiques concernant la dénutrition : taux de participation 2011, résultats des indicateurs régionaux, résultats sur l'utilisation des outils Mobiqual (Dr E. CERF/DOMS)
- La sécurisation du circuit du médicament en EHPAD avec présentation des résultats de l'enquête questionnaire régionale (M. Yilmaz, OMEDIT)
- L'amélioration de la prise en charge médicamenteuse en EHPAD : focus sur la prescription des neuroleptiques chez les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentée (Dr E. CERF/DOMS)
- Présentation de l'outil mobiqual sur la maladie d'Alzheimer et apparentée (gériatres intervenant selon les territoires)

Présentation de la convention SSR/EHPAD (Dr C. Maerten/DOS)

La convention cadre entre les établissements de SSR et les EHPAD

1. ENJEUX DU PROGRAMME GDR SSR

1.1 Des enjeux en lien direct avec le contexte économique et juridique

- Participer au respect du taux de l'ONDAM
- Optimiser des ressources de plus en plus contraintes
- Renforcer l'efficience de ce secteur d'activité
- Soutenir par des mesures concrètes les réformes juridiques (Décrets 2008, SROS III et PRS, CPOM)
- Harmoniser la qualité et le positionnement de l'offre de soins SSR dans l'offre globale sur l'ensemble du territoire
- Renforcer la fluidité du parcours des patients entre MCO, SSR et domicile (dont médico-social et social)

2. ENJEUX ET OBJECTIFS DE LA CONVENTION SSR / EHPAD

2.1 Convention SSR / EHPAD : Enjeux et objectifs

- **Favoriser la fluidité du parcours de soins entre les SSR et le secteur médico-social**

- Identifier et organiser les filières les plus adéquates
- Diminuer la durée de certaines prises en charge en SSR

- **Améliorer la qualité des prises en charge**

- Faciliter les conditions d'accueil, de suivi et de transfert entre établissements
- Éviter les ruptures de prise en charge

- **Développer les partenariats et encourager une culture partagée**

- Mettre en œuvre des référentiels
- Partager des formations communes, un savoir faire
- Développer des processus concertés
- Participer à une auto évaluation

3. CARACTERISTIQUES DE LA CONVENTION SSR/EHPAD

3.1 Article 2 : Une convention

- **Qui fixe des principes généraux communs**

- Respect de la liberté de choix du patient
- Prise en compte de l'accessibilité financière et géographique
- Développement du droit à l'information
- Organiser des actions de formation et d'information communes

- **Adaptable localement**

- Deux protocoles permettant de décliner certains articles afin d'adapter l'accord à la réalité du terrain (modalités d'admission dans l'établissement SSR et de retour du résident dans le secteur médico-social)

3.2 Articles 3 et 4 : Des engagements formalisés, équilibrés et réciproques

- **Faciliter le flux des patients lors du transfert du SSR vers l'établissement médico-social**

- L'établissement SSR s'engage à préparer et faciliter la sortie du patient vers l'établissement médico-social, que le patient y réside déjà ou qu'il y entre pour la première fois : information de l'évolution de l'état de santé du patient, des complications ….

- **Faciliter le flux des patients lors du transfert de l'établissement médico-social vers le SSR et lors de son retour après le séjour en SSR**

- L'établissement médico-social dans lequel réside habituellement le patient s'engage à faciliter l'accueil et la prise en charge en SSR lors du transfert direct du patient vers le SSR et à faciliter le retour du patient après le séjour en SSR : information sur l'état de santé du patient, son environnement …

3.3 Article 9 : Une évaluation annuelle

- **Fondée sur des critères partagés et intégrant des indicateurs qualitatifs et quantitatifs**

- Indicateurs qualitatifs : Enquêtes de satisfaction, nombre de réunions d'information entre les deux établissements …

- Indicateurs quantitatifs : Nombre de demande d'admission directe en SSR et % de dossiers admis, délais d'admission des résidents adressés directement en SSR …

3.3 Articles 5, 6, 7 et 8 de la convention

- **Prestations et modalités de facturation**

  Les éventuelles prestations de service entre établissement (formation, organisation de stages, mises à disposition de personnel …) et leurs éventuelles modalités de facturation entre établissements sont précisées dans le cadre de la convention

- **Information des instances du SSR et de l'établissement médico-social**

  La convention est soumise à l'information des CA des deux établissements et pour avis à la CME de l'établissement SSR

- **Information de l'Agence Régionale de Santé**

  Un exemplaire de chaque convention est transmis pour information à l'ARS

- **Evolutions de la convention**

  Toute évolution des actions de coopération, de la convention et de ses annexes est formalisée dans un avenant

- **Durée de la convention**

MERCI DE VOTRE ATTENTION

Retour sur la consommation des antibiotiques en EHPAD (Dr C. Dupont/DSEE)

Suivi de la consommation des antibiotiques en EHPAD

Pour une « juste utilisation »

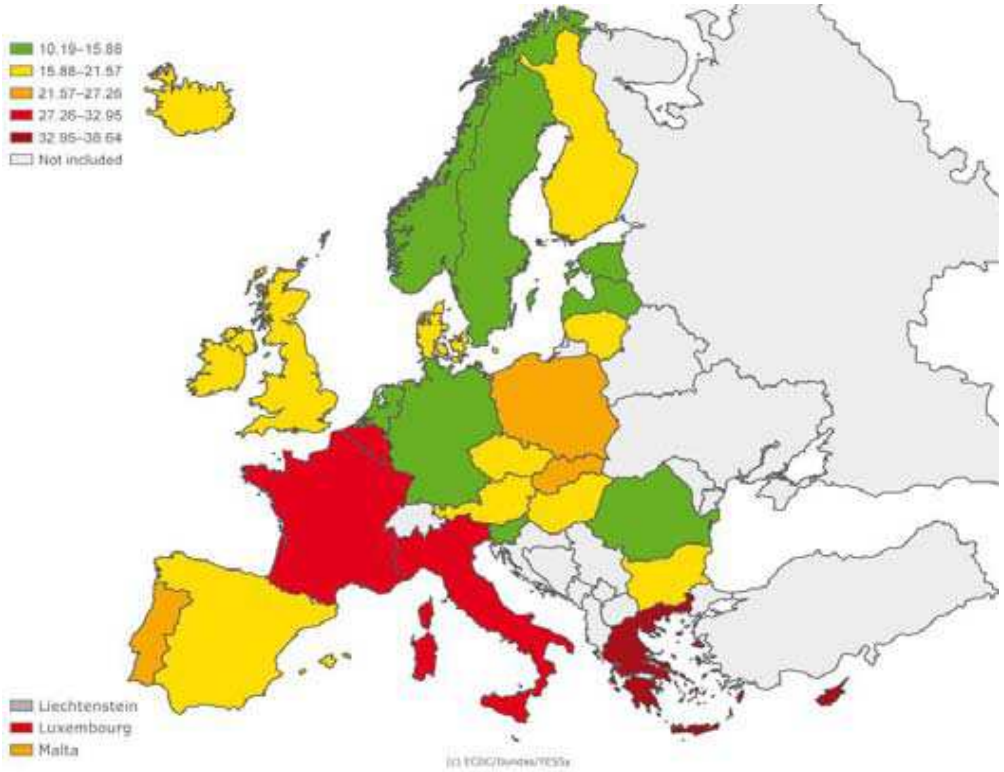
Le programme régional de Gestion Du Risque commun à l'ARS et à l'Assurance Maladie

Un objectif régional complémentaire sur le bon usage des antibiotiques

en lien avec

le projet régional de prévention des infections liées aux soins

La France, 3ème pays européen consommateur d'antibiotiques en 2009



Consommation totale d'antibiotiques à usage systémique dans la communauté exprimée en DDJ pour 1 000 habitants et par jour, 2009 (Source des données ESAC)

DDJ : Dose définie journalière

Des objectifs GDR ATB en cohérence avec

- **Le Plan national d'alerte sur les antibiotiques 2011- 2016**

- **Le programme national de prévention des infections dans le secteur médico-social 2011/2013**

visant à

- améliorer l'efficacité de la prise en charge des patients

- préserver l'efficacité des antibiotiques

- **Renforcer la surveillance des consommations et des résistances**

- **Réduire la pression de sélection des agents antimicrobiens**

Le plan régional GDR sur les antibiotiques en phase avec les actions du programme national de prévention des infections dans le secteur médico-social 2011/2013

- **Promouvoir une démarche d'analyse du risque infectieux**
  - Manuel national d'autoévaluation de la maîtrise du risque infectieux en EHPAD (GREPHH)
  - Document d'analyse de risque du risque infectieux (DARI)

  => Action en cours (Bilan d'étape prévu fin 2012 pour les EMS l'ayant déjà réalisé)

- **Promouvoir les mesures de prévention de la transmission croisée des phénomènes infectieux**

- **Améliorer la couverture vaccinale**

- **Encourager le bon usage des antibiotiques**

* EOH : Equipe opérationnelle d'hygiène

La politique de l'antibiotique en EHPAD un enjeu majeur de santé publique

Maîtrise du risque infectieux en EHPAD
Manuel d'auto évaluation - janvier 2011 - GREPH

I-3 ANTIBIOTIQUES

Critères	*oui*	*non*	*score*
Une politique antibiotique a été définie sur votre EHPAD par le médecin coordonnateur à destination des médecins prescripteurs	❑	❑	1 – 0
▪ des protocoles de prescription existent	❑	❑	
▪ un référent est identifié	❑	❑	
Une réévaluation de prescription des antibiotiques est organisée entre la 48ème et la 72ème heure	❑	❑	1 – 0

GREPH : Groupe d'évaluation des pratiques en hygiène hospitalière

- **Kit pédagogique pour l'usage des antibiotiques en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) - 28 septembre 2012**

- **http://www.sante.gouv.fr/kit-pedagogique-pour-l-usage-des-antibiotiques-en-etablissement-d-hebergement-pour-personnes-agees-dependantes-ehpad.html**

Objectif n°1 du plan GDR ATB : la mise en place dans le NPDC d'un Observatoire régional de la consommation des antibiotiques

- En soins de ville

- Population du Nord-Pas-de-Calais, affiliée au Régime Général, hors Sections Locales Mutualistes

Les EHPAD concernés :

- sans pharmacie à usage intérieur
- dispensation par une officine de ville

Missions de l'Observatoire régional de la consommation des antibiotiques

- Quantifier, décrire la consommation des antibiotiques
- Réaliser un suivi trimestriel
- Situer de manière comparative les zones de proximité
  - Identifier des déterminants de santé
  - Adapter les actions aux populations
- Confronter les données de surveillance 'Antibiotiques' aux taux de résistance bactérienne
- Evaluer l'impact des actions engagées, mesurer leur efficience

Objectif n°2 du plan GDR ATB : la conception d'un outil de recueil et d'analyse de la consommation des antibiotiques en ville et en EHPAD

- L'outil se base sur les liquidations des CPAM
- Base des antibiotiques constituée par le groupe projet :
  Voie d'administration, quantité de principe actif, …
- Base DDJ (nombre de Doses Définies Journalières) issue de l'OMS (unité unifiée pour tous les pays afin de permettre les comparaisons)
- Indicateur : DDD/1000 jours d'hébergement

Objectif n°3 du plan GDR ATB

La communication des résultats et le suivi de la consommation d'antibiotiques en EHPAD

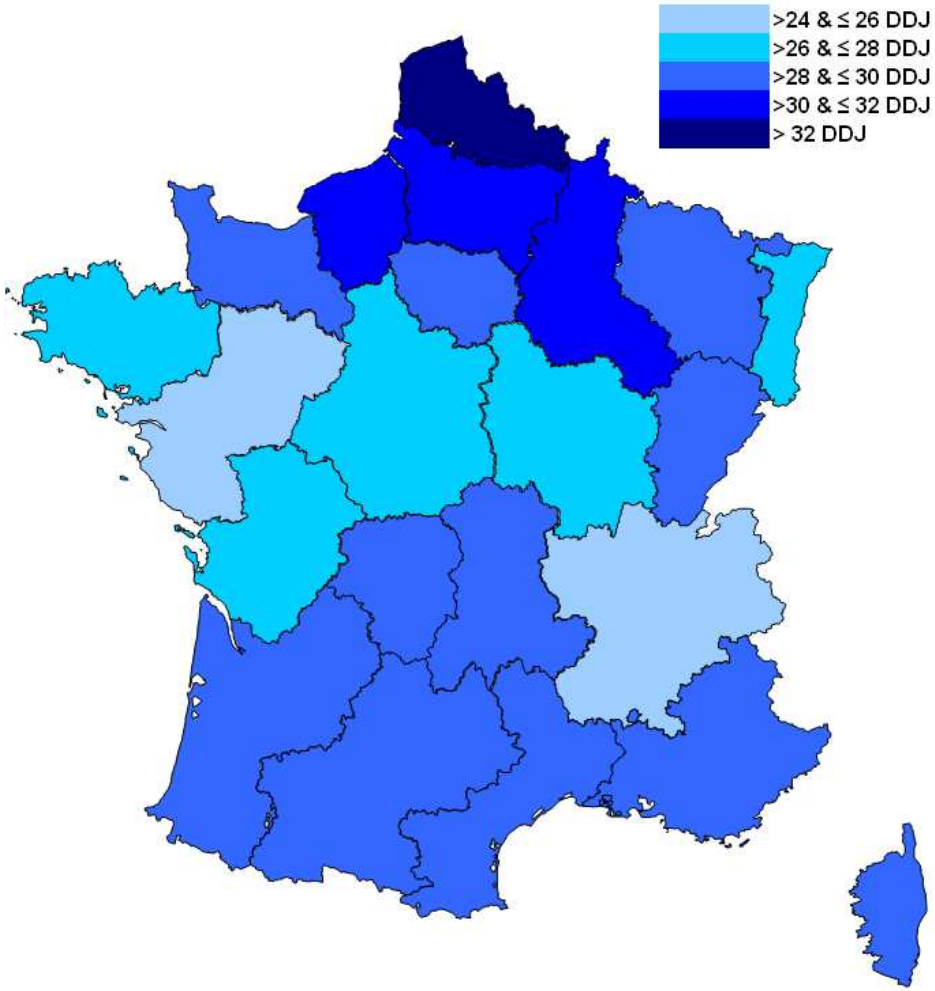
=> Retour d'information sur les données de consommation atypiques auprès des acteurs locaux : rencontres ponctuelles d'EHPAD par une équipe multidisciplinaire ARS/ARLIN/OMEDIT

Etat des lieux en Nord Pas-de-Calais

- La région la plus forte consommatrice d'antibiotiques de France

- Développement des BMR
  - À la limite de la résistance totale pour certaines
  - Plus seulement à l'hôpital, mais aussi en communauté (y compris en EHPAD)

Le Nord-Pas-de-Calais, une des régions les plus consommatrices d'antibiotiques en 2010



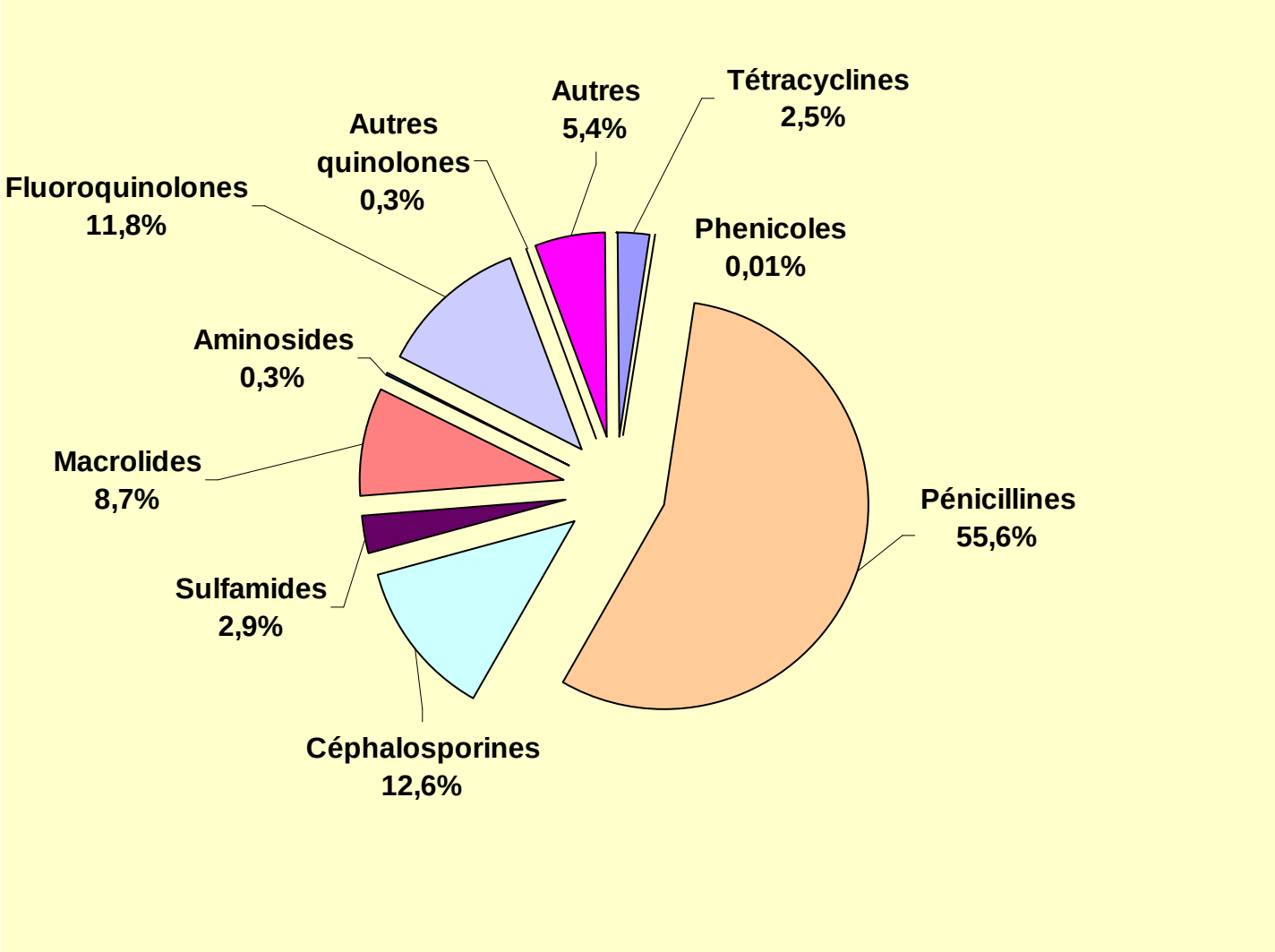
Source: CNAMTS & ANSM

Dix ans d'évolution des consommations d'antibiotiques en France (Edition juillet 2012) - Ansm

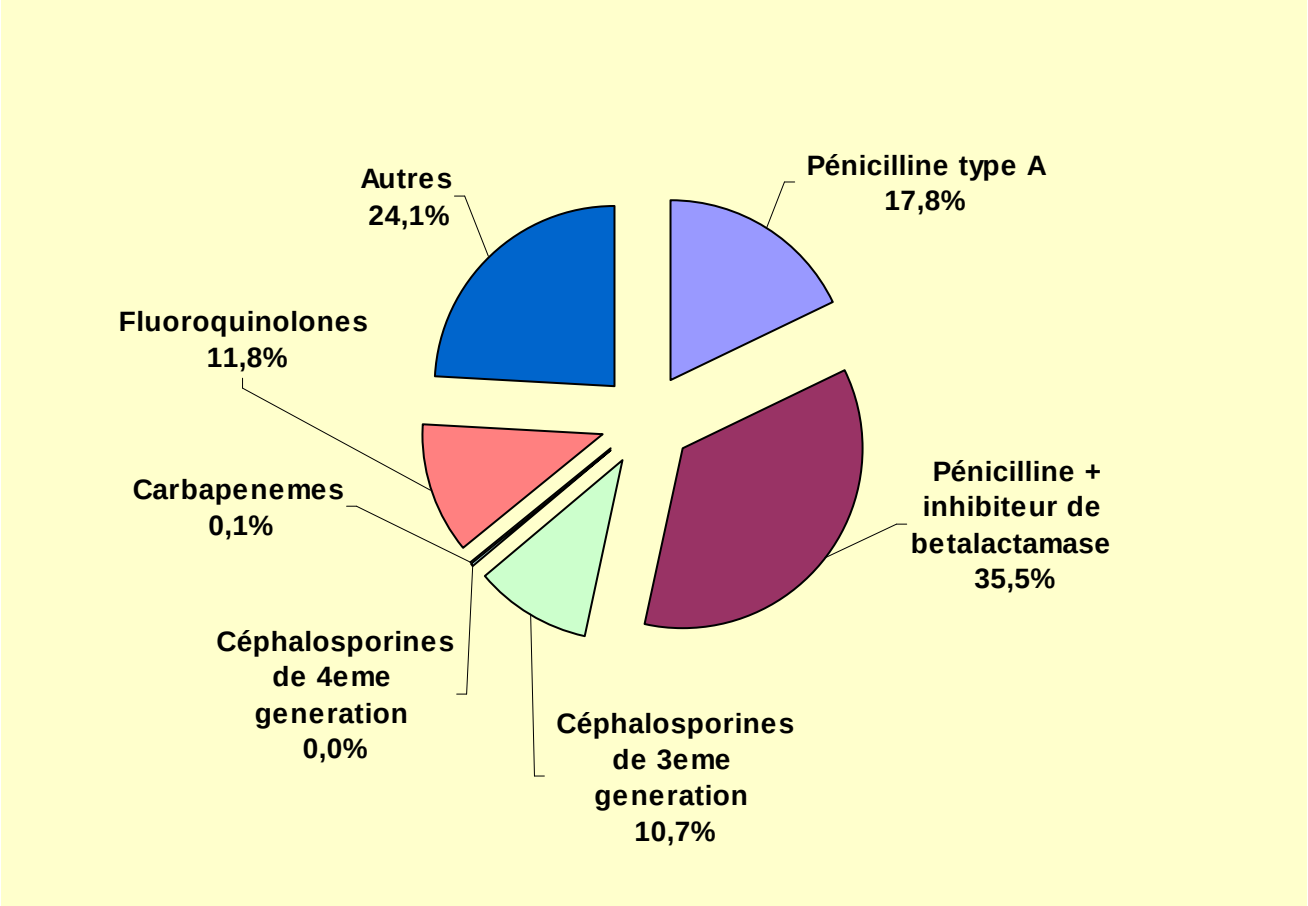
Etat des lieux en EHPAD en 2011 dans le Nord Pas-de-Calais

- Etude descriptive
- concernant 260 EHPAD sans PUI du NPDC

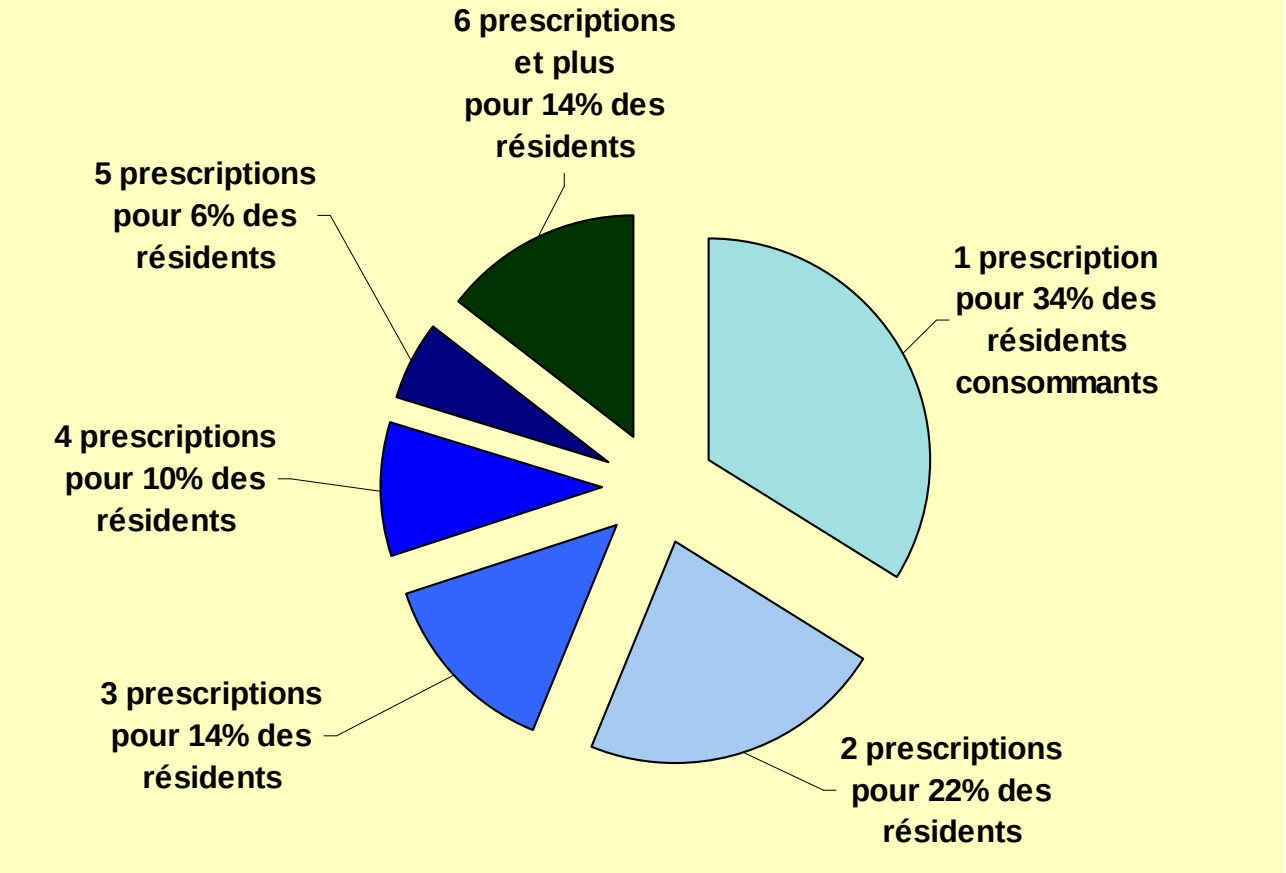
Répartition de la consommation en DDD/1000 jours d'hébergement en EHPAD dans le NPDC en 2011



Focus sur les classes d'antibiotiques particulièrement génératrices de résistances

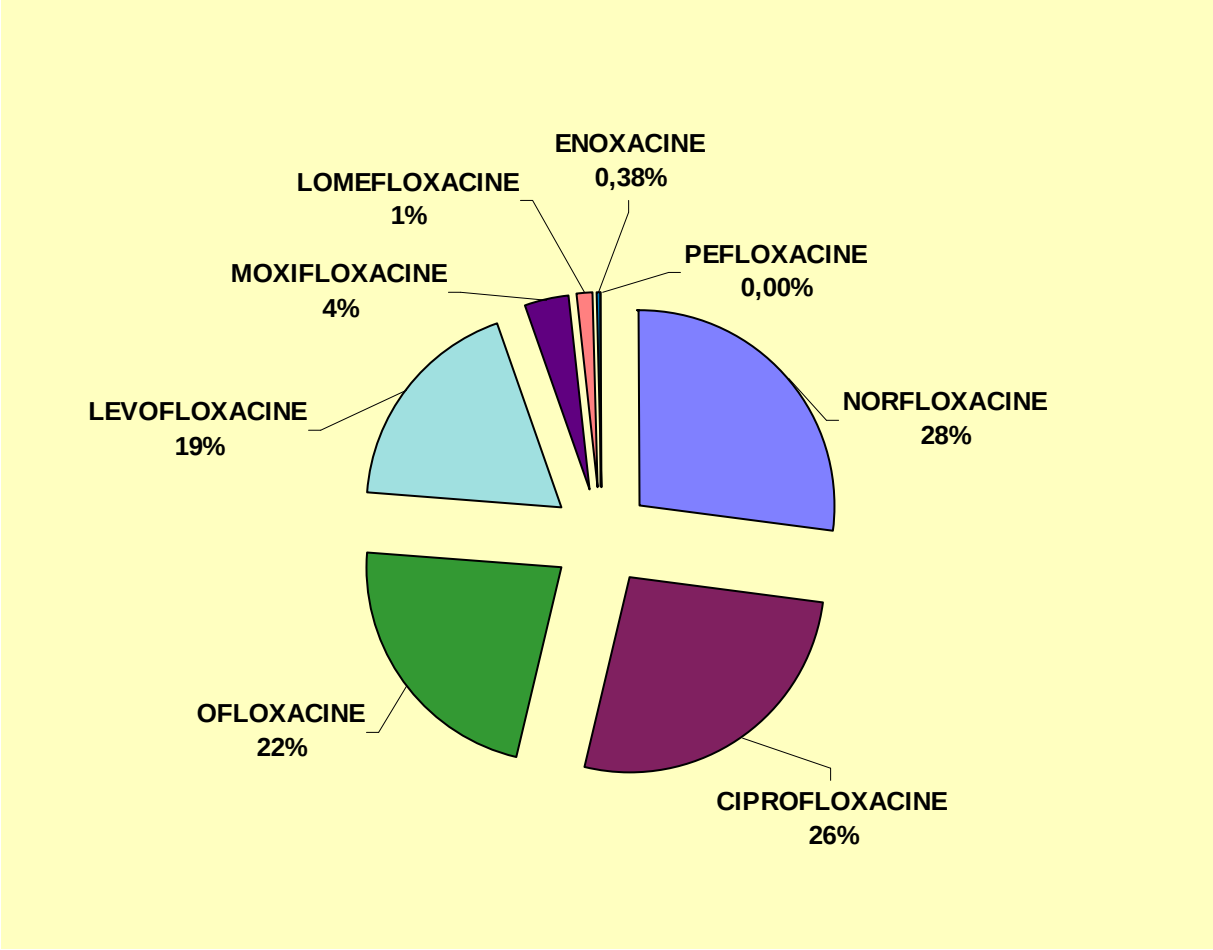


Fréquence de prescription d'antibiotiques chez les résidents en EHPAD en 2011 - dans le NPDC


6 prescriptions et plus pour 14% des résidents
5 prescriptions pour 6% des résidents
1 prescription pour 34% des résidents consommants
4 prescriptions pour 10% des résidents
3 prescriptions pour 14% des résidents
2 prescriptions pour 22% des résidents

Cohorte de 7 647 résidents consommant des ATB => Taux recours ATB : 62%

Répartition des Fluoroquinolones - en EHPAD - en 2011 - dans le NPDC en DDD/1000 jours d'hébergement



Prescription des Fluoroquinolones EHPAD du NPDC en 2011

25,0% des prescriptions

de Fluoroquinolones antipneumococciques

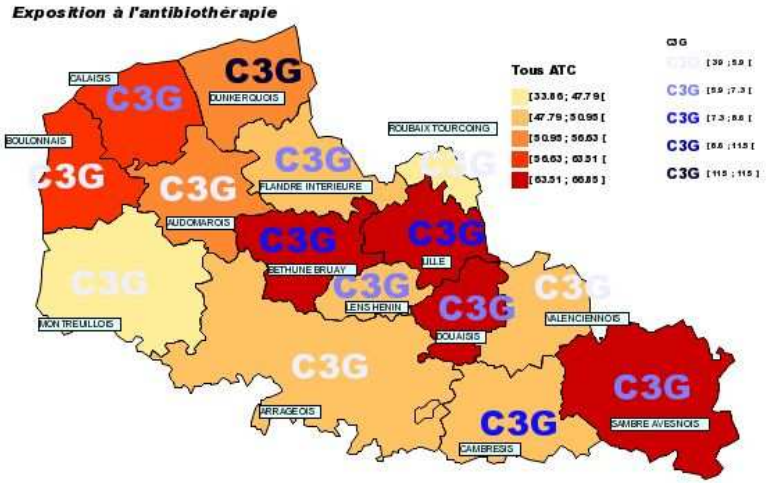
ont été faites dans les 3 mois suivant

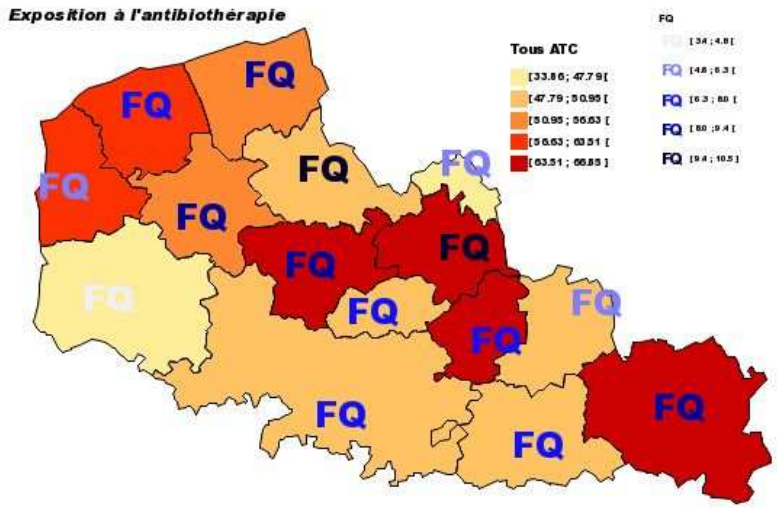
une précédente prescription de Fluoroquinolones

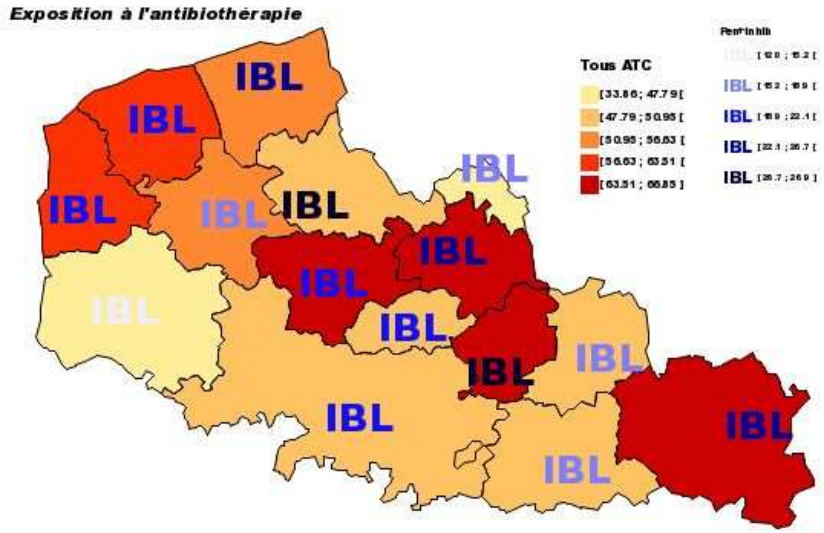
- ***Les fluoroquinolones anti-pneumococciques (FQAP) ne doivent pas être prescrites si le malade a reçu une fluoroquinolone, quelle qu'en soit l'indication, dans les 3 derniers mois. Il est recommandé de les utiliser avec prudence en institution (risque de transmission de souches résistantes) et chez les sujets âgés sous corticothérapie par voie générale (risque accru de tendinopathie).***

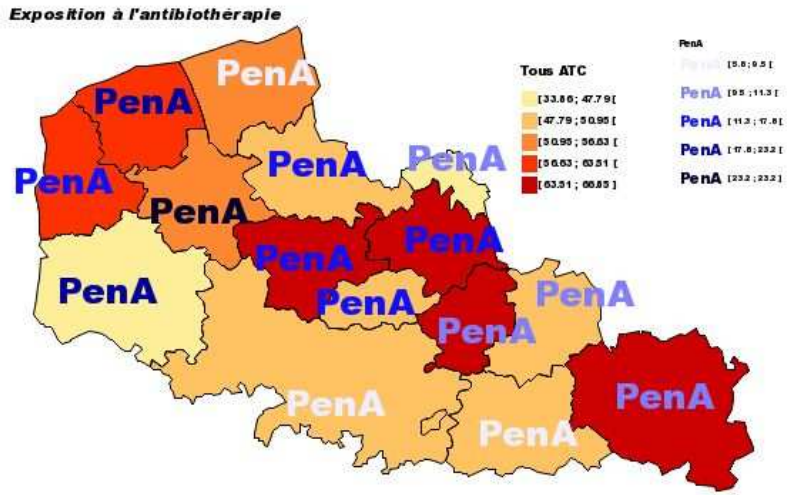
Antibiothérapie par voie générale dans les infections respiratoires basses de l'adulte Pneumonie aiguë communautaire - Exacerbations de Bronchopneumopathie Chronique Obstructive Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé - Juillet 2010

Dispersion des consommations des ATB par zone de proximité des EHPAD en 2011









FQ : Fluoroquinolones IBL : pén +inhibiteur de B lactamase C3G : céph 3ème gén PenA : pénicilline de type A

MERCI DE VOTRE ATTENTION

l'Assurance Maladie

LES ANTIBIOTIQUES
C'EST PAS AUTOMATIQUE

LES
ANTIBIOTIQUES
UTILISÉS À TORT
ILS DEVIENDRONT
MOINS FORTS

Retour sur les bonnes pratiques concernant la dénutrition (Dr E. CERF/DOMS)

Retour sur les réunions territoriales mars 2011

- Thématique nationale choisie :

L'aide à la prévention, au dépistage et à la prise en charge de la dénutrition chez la PA avec le témoignage de professionnels d'EHPAD identifiés lors d'une table ronde et un lien avec l'outil nutrition du programme MobiQual

- Invitation de l'équipe d'encadrement médico-administrative (Directeur, médecin et IDE coordonnateurs) des 351 EHPAD de la région

Retour sur les réunions territoriales mars 2011

Taux de participation :

Mobilisation de 458 personnes représentant 209 EHPAD de la région, soit un taux de participation de 59,5%.

Territoire	Nombre EHPAD	Nombre EHPAD représentés	%	Nombre de personnes
ARTOIS/DOUAISIS	97	54	55,7%	120
METROPOLE	115	78	67,8%	161
LITTORAL	60	22	36,7%	59
HAINAUT	79	55	69,6%	118
TOTAL	351	209	59,5%	458

Retour sur les réunions territoriales mars 2011

Résultats du questionnaire de satisfaction « à chaud » :

207 personnes représentant les EHPAD ont répondu au questionnaire, soit 45,2% des personnes présentes.

Territoire	Nombre de personnes	Nombre de questionnaires	% de réponses
ARTOIS/DOUAISIS	120	42	35,0%
METROPOLE	161	50	31,1%
LITTORAL	59	42	71,2%
HAINAUT	118	73	61,9%
TOTAL	458	207	45,2%

Retour sur les réunions territoriales mars 2011

Résultats du questionnaire de satisfaction « à chaud » :

- Taux de satisfaction sur le contenu de l'information « Aide à la prévention, au dépistage et à la prise en charge de la dénutrition chez la PA » : 98,1 %

- Suggestions dans la perspective de prochaines actions d'information : MA/Démences/troubles du comportement

Retour sur les réunions territoriales mars 2011

- Rappel sur les indicateurs de suivi sur la mise en œuvre de la démarche

démarche qui concerne tous les EHPAD de la région, y compris ceux n'ayant pas participé aux réunions locales :

- Pesée mensuelle systématique chez tous les résidents de l'EHPAD

- Elaboration et mise en œuvre d'un protocole de prise en charge de la dénutrition qui doit permettre de prévenir et de traiter la dénutrition

Retour sur les réunions territoriales mars 2011

Résultats des indicateurs régionaux de suivi sur la mise en œuvre de la démarche

Territoires	Nombre d'EHPAD	Nombre de réponses au questionnaire	Taux de résidents ayant bénéficié de 3 pesées sur une période de 3 mois			Elaboration et mise en oeuvre d'un protocole de prévention, de dépistage et de prise en charge de la dénutrition	
			100%	>50% et <100%	<50%	OUI ou en cours	NON
			Nombre d'EHPAD concernés				
ARTOIS	97	59	31	24	4	54	5
HAINAUT	79	50	24	20	6	44	6
LITTORAL	60	41	16	23	2	37	4
METROPOLE	115	65	30	25	10	54	11
TOTAL REGION	351	215	101	92	22	189	26
	100%	*61%*	*47%*	*43%*	*10%*	*88%*	*12%*

Retour sur les réunions territoriales mars 2011

- présentation des autres outils du programme MobiQual* destinée à un public plus large (SSIAD, Court Séjour Gériatrique, SSR gériatriques, USLD, HAD) l'après midi

*MobiQual : organisme destiné à promouvoir l'amélioration des pratiques professionnelles sur des thématiques correspondant à des besoins identifiés

MobiQual

Action nationale pour l'amélioration
de la qualité des pratiques professionnelles
en EHPAD, établissements de santé et à domicile,
au bénéfice des personnes âgées et handicapées.

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DU TRAVAIL
DE L'EMPLOI
ET DE LA SANTÉ

SECRÉTARIAT D'ÉTAT
À LA SANTÉ

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA COHÉSION
SOCIALE

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE
DE L'AGRICULTURE
DE L'ALIMENTATION
DE LA PÊCHE
DE LA RURALITÉ
ET DE L'AMÉNAGEMENT
DU TERRITOIRE

Société
Française de
Gériatrie et
Gérontologie

CNSA
Caisse nationale de
solidarité pour l'autonomie

Mise en œuvre :
Société Française de Gériatrie et Gérontologie,
avec le soutien de la
Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

2011 : une forte accélération de la diffusion

✓ 10 565 outils diffusés sur l'ensemble du territoire français

✓ 13 000 outils édités : env. 2 000 de chaque thématique

Une synergie avec les actions GDR EHPAD (ARS)

✓ 27 réunions départementales/territoriales ayant réuni 4 700 personnes

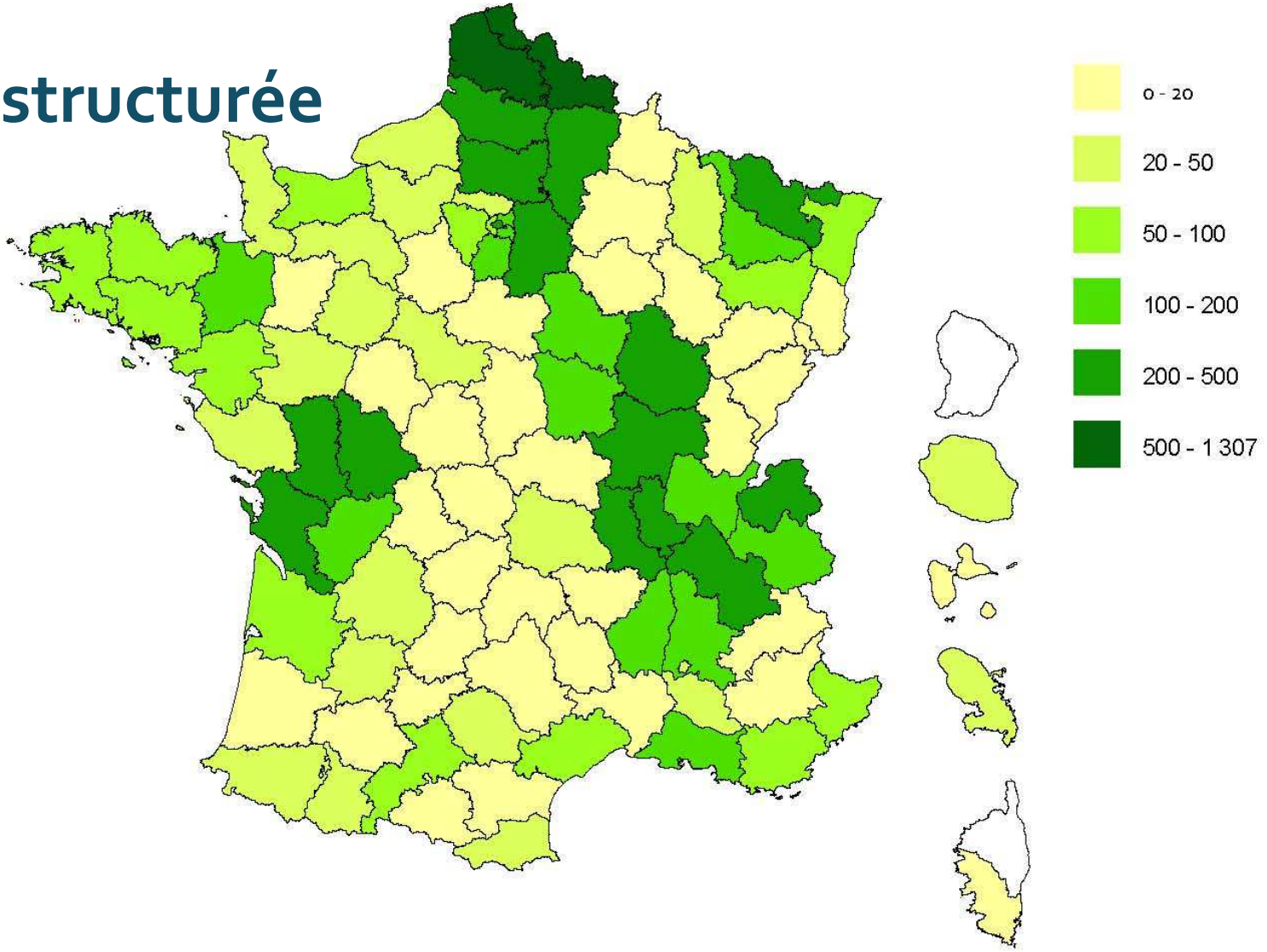
✓ près de 1 600 établissements et services sanitaires et médico-sociaux engagés dans la démarche suite aux réunions.

MobiQual

Société Française de Gériatrie et Gérontologie

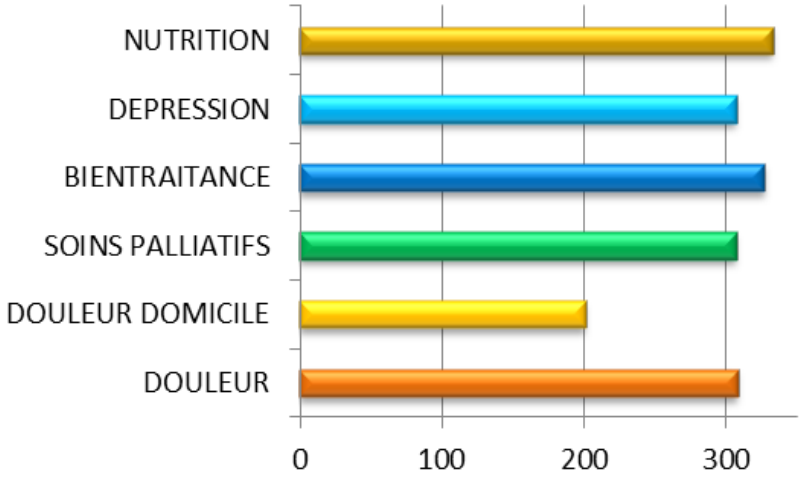
CNSA
Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

Diffusion structurée en 2011



Région Nord-Pas-de-Calais 2011

- ✓ **Quatre journées co-organisées avec l'ARS au mois de mars 2011** :
  - 28 mars – Arras
  - 29 mars – Lille
  - 30 mars – Boulogne-sur-Mer
  - 31 mars - Valenciennes



- ✓ **962 participants; 388 structures engagées**
- ✓ **1783 outils attribués**
- ✓ **Les outils diffusés en Nord-Pas-de-Calais représentent près de 22 % du total des outils diffusés en 2011**

MobiQual

Société Française de Gériatrie et Gérontologie

CNSA
Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

Région Nord-Pas-de-Calais 2011

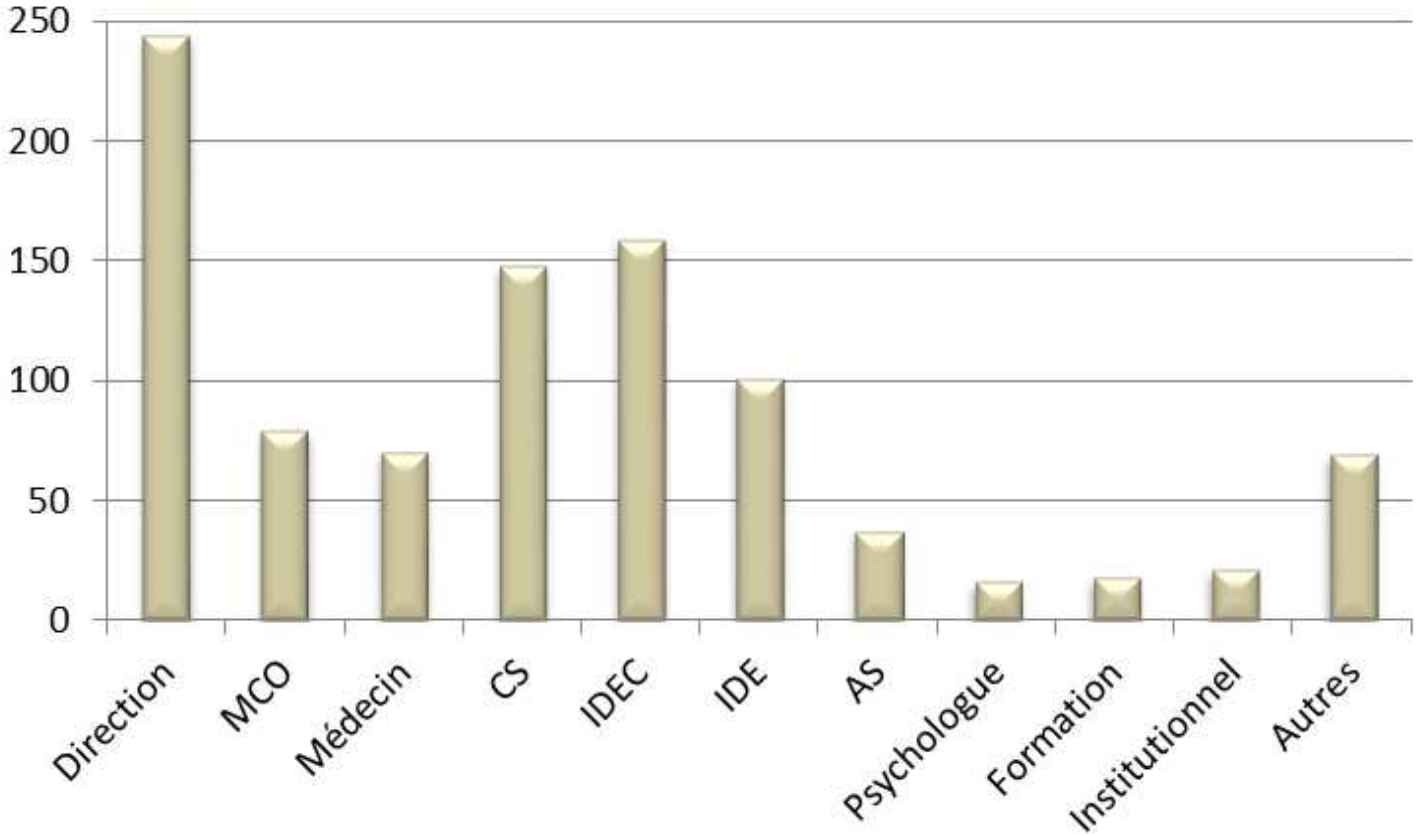
✓ Outils attribués suite aux réunions

	59 - Nord	62- Pas-de-Calais	Nord-Pas-de-Calais
Douleur	203	105	**308**
SP	202	105	**307**
Bientraitance	216	111	**327**
Dépression	201	106	**307**
DoDo	123	78	**201**
Nutrition	220	113	**333**
total	**1165**	**618**	**1783**

Source : SFGG – Programme MobiQual – Janvier 2012

Région Nord-Pas-de-Calais 2011

- ✓ Profil des participants aux journées



Source : SFGG – Programme MobiQual – Janvier 2012

MobiQual

Société Française de Gériatrie et Gérontologie

CNSA
Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

Région Nord-Pas-de-Calais 2011/2012

✓ Outils attribués suite aux demandes directes

	59 - Nord	62- Pas-de-Calais	Nord-Pas-de-Calais
Douleur	85	21	**106**
SP	84	19	**103**
Bientraitance	99	24	**123**
Dépression	54	17	**71**
DoDo	44	10	**54**
Nutrition	39	7	**46**
Alzheimer	2	1	**3**
TOTAL	**407**	**99**	**506**

Source : SFGG – Programme MobiQual – Mai 2012

MobiQual

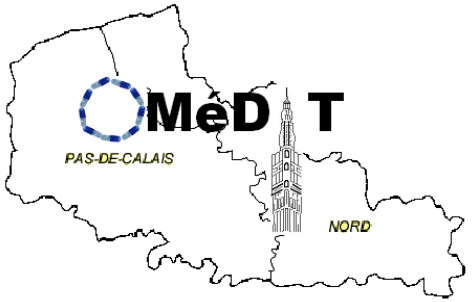
Société Française de Gériatrie et Gérontologie

CNSA
Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

Région Nord-Pas-de-Calais 2011

Réunion organisée le 31 mars 2011 à Valenciennes

La sécurisation du circuit du médicament en EHPAD (M. Yilmaz, OMEDIT)



OMéDIT Nord Pas de Calais

Sécurisation de la prise en charge médicamenteuse en EHPAD

Qu'est l'OMéDIT: l'Observatoire des Médicaments, Dispositifs Médicaux et Innovations Thérapeutiques

- Structure régionale, d'évaluation et d'expertise et d'appui aux professionnels de santé (créée en Nord Pas de Calais en 2007). Indépendante, neutre et scientifique, elle est localisée dans les locaux de l'ARS.
- Rôle d'expertise dans le cadre d'une **politique coordonnée de bon usage, et de bonnes pratiques dans le champ du circuit des produits de santé**
- Le champ initial des établissements de santé (MCO) a été étendu aux autres établissements des secteurs sanitaires et médico sociaux, en cohérence avec la LOI «HPST» et ses implications en terme de parcours coordonné des patients.

Comment fonctionne l'OMéDIT ?

L'OMéDIT du Nord – Pas de Calais comporte :

- Une cellule de coordination (2 pharmaciens et une secrétaire)
- Un comité de pilotage présidé par le DGARS, instance d'orientation générale regroupant :
  - l'Agence Régionale de Santé
  - l'Assurance Maladie
  - les directeurs des établissements de santé
  - les praticiens des établissements de santé
  - les réseaux de santé et les usagers
- Un comité scientifique
- Des commissions spécialisées et des groupes de travail

Quels sont les objectifs de l'OMéDIT?

L'Amélioration et la Sécurisation du circuit des produits de santé

Exemple **:**

- Promotion des vigilances sanitaires et la politique de gestion des risques;
- Participation à la lutte contre les affections iatrogènes ;
- Élaboration et diffusion de recommandations pour favoriser le bon usage des produits pharmaceutiques

L'Observation, le Suivi et l'Analyse des pratiques de prescription des produits innovants et coûteux

La Communication par les actions de Sensibilisation et d'Information

Exemple **:**

- Diffusion d'informations sur un site internet de l'OMEDIT http://omeditnpdc.free.fr/
- Élaboration et diffusion de « Chartes » (présentées aux URPS) qui, dans le cas des prescriptions, visent à améliorer les liens et la communication entre professionnels de santé dans la coordination du parcours de soins des patients

Approche qualitative de la prise en charge médicamenteuse en EHPAD

Contexte :

Le risque de iatrogénèse médicamenteuse est accru chez les sujets âgés

Objectifs :

Limiter les facteurs de survenue des erreurs médicamenteuses

Evaluation :

⇒ Élaboration de la grille **d'AUTO- EVALUATION** (E.CERF- MP. BARBIER-M.YILMAZ)
⇒ Diffusion de la grille aux EHPAD autonomes sans PUI (DOMS)
⇒ Présentation des résultats régionaux
⇒ Définition des points faibles
⇒ Proposition d'actions d'amélioration

Principaux chapitres analysés

- MANAGEMENT DE LA STRUCTURE :
  - ⇒ Moyens dédiés
  - ⇒ Gestion des interfaces et coordination
- VOLET QUALITE :
  - ⇒ Maîtrise des processus
- ETAPES DU PROCESSUS « CIRCUIT DES MEDICAMENTS »
  - – PRESCRIPTION
  - – DISPENSATION
  - – RECEPTION et DETENTION
  - – PREPARATION DES DOSES
  - – DISTRIBUTION et ADMINISTRATION

→ AUTO EVALUATION

Référentiels

EXIGENCES REGLEMENTAIRES prévues aux Codes de santé publique (CSP) et de l'action sociale et des familles (CSAF) et/ou résultant de la LOI HPST

⇒ MISSIONS DU MEDECIN COORDONNATEUR (CASF – Art D312-158)
Décrets 2005-560/ 2011-1047 du 02 septembre 2011

⇒ Commission de coordination gériatrique (Arrêté du 5/9/2011)

⇒ L'arrêté du 31 mars 1999 relatif à la prescription, à la dispensation et à l 'administration des médicaments soumis à la réglementation des substances vénéneuses (pour EHPAD avec PUI)

⇒ Le décret n°2004-802 du 29 juillet 2004 de compétence infirmier

⇒ CONTRAT de coordination entre PROFESSIONNEL Libéral et STRUCTURES (CASF Article R313-30-1)
Décret 2010 -1731 et Arrêté du 30 décembre 2010

⇒ PHARMACIEN D 'OFFICINE REFERENT (CSP Article L5126-6-1)

⇒ Circulaire DGAS/CC/DSS/1C/CNASA/CNAMTS-2009-340 du 10 novembre 2009

RECOMMANDATIONS de BONNES PRATIQUES en ETABLISSEMENTS MEDICO SOCIAUX

⇒Recommandations de l'ANESM – AUTOEVALUATION 2012
http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Anesm_Evaluation_Interne_web2.pdf

RECOMMANDATIONS de la HAS et des SOCIETES SAVANTES

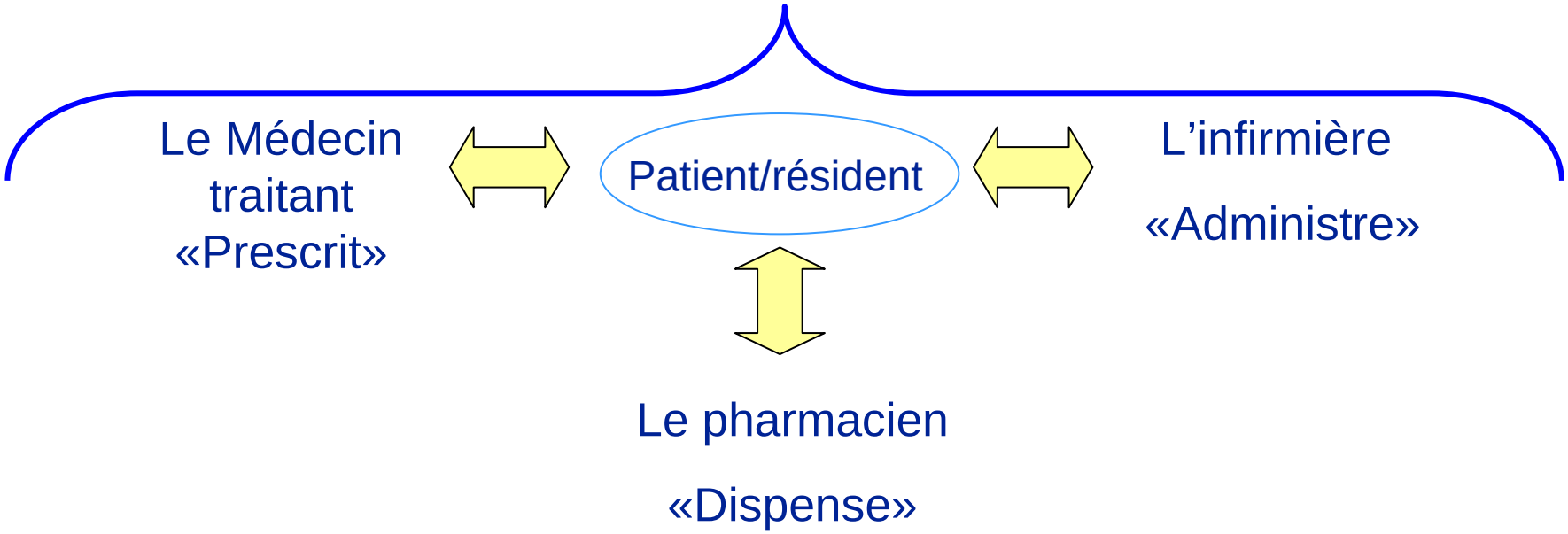
⇒Société Française de Gériatrie et Gérontologie
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/ehpad-2.pdf

Circuit des produits de santé en EHPAD : prise en charge médicamenteuse (PECM)

La Direction accueille le résident et affecte les moyens et évalue ses personnels et propose les formations

Le Médecin coordonnateur veille à la qualité de la PECM

Il formalise les protocoles de soins



Missions du médecin coordonnateur

- Application des **bonnes pratiques** gériatriques, y compris en cas de **risques sanitaires exceptionnels**
- Formulation des **recommandations** dans ce domaine
- Contribution à **l'évaluation de la qualité des soins**
- Contribution (auprès des professionnels de santé exerçant dans l'établissement) à la bonne adaptation aux impératifs gériatriques des prescriptions de médicaments et des produits et prestations.
- Élaboration de la **liste**, par classe, **des médicaments à utiliser préférentiellement**, en collaboration avec les médecins traitants des résidents, et, le cas échéant, avec le pharmacien chargé de la gérance de la pharmacie à usage intérieur ou le pharmacien référent
- Contribution à la mise en œuvre d'une **politique de formation** et participation aux **actions d'information des professionnels de santé**

Prescription : implication du médecin traitant

La prescription médicale est le point de départ de la PECM

Réévaluation régulière et lors d'évènements intercurrents

Prise en compte des médicaments inappropriés chez la personne âgée

L'ordonnance

Elle ne fait l'objet d'aucune retranscription

- Identification du malade : nom, prénom, âge, sexe, poids / taille si nécessaire
- Médicaments: dénomination (DCI ou spécialité ou générique), forme, posologie, mode d'emploi, durée du traitement

La présence de ces éléments n'a pas qu'un caractère « réglementaire », mais se justifie en terme de «clarté de l'information»: ils permettent d'éviter toute interprétation et lèvent tous les doutes dans l'exécution.

*** RCP = résumé des caractéristiques du produit**

Dispensation: implication du pharmacien

- **Le pharmacien doit assurer dans son intégralité l'acte de dispensation du médicament associant à sa délivrance**

  « AVIS PHARMACEUTIQUES »

- **Le résident de l'EHPAD a le libre choix de son pharmacien**

- **La convention entre OFFICINE et EHPAD**
  - Précise les conditions destinées à garantir la qualité et la sécurité de la dispensation pharmaceutique
  - Le bon usage des médicaments s'opère en lien avec le médecin coordonnateur

- **Le Pharmacien d'officine référent participe en lien avec le médecin coordonnateur à:**
  - L'élaboration de la **liste**, par classes, **des médicaments à utiliser préférentiellement**
  - La bonne gestion et le bon usage des médicaments destinés aux résidents

Détention et stockage

Cette étape doit veiller au respect des conditions de conservation

Le « conditionnement primaire » assure un triple rôle :

⇒ Un rôle de **protection**
⇒ Un rôle **fonctionnel**
⇒ Un rôle **d'identification et d'information**

Le maintien de l'intégrité du conditionnement primaire garantit les informations telles que le numéro de lot, la date de péremption...

Le stockage doit être sécurisé

Préparation et administration : implication de l'IDE

Les recommandations de préparation des doses en pilulier prévoient :

- Une durée maximale d'une semaine
- Une procédure spécifique pour gérer les changements de traitement

La préparation et l'administration : missions qui incombent aux IDE/IDEC

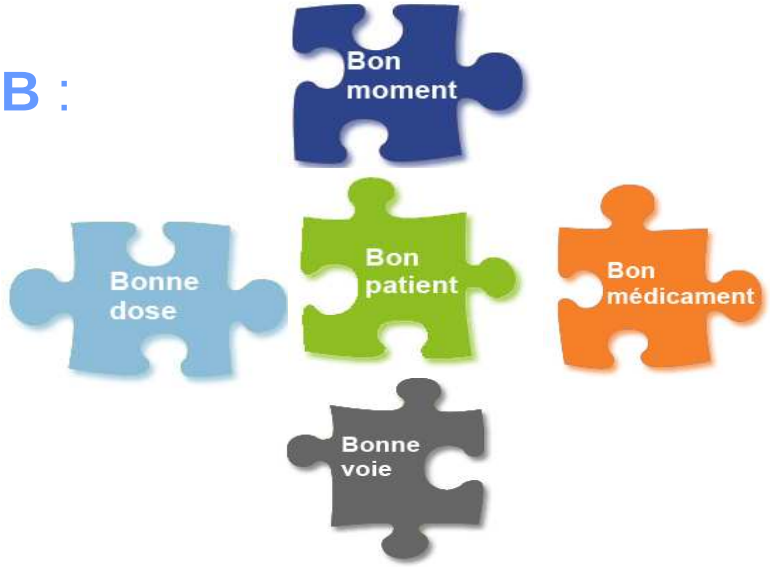
- L'aide à la prise des médicaments et la vérification de leur prise relèvent du rôle propre de l'infirmier.
- L'infirmier peut assurer ces actes avec la collaboration d'aides soignants qu'il encadre et dans les limites reconnues à ces derniers du fait de leur formation, mais cela reste sous la responsabilité de l'infirmier.

Une règle qui s'applique en MCO se doit d'être aussi respectée en EHPAD dès lors que le résident n'est pas en autogestion des ses thérapeutiques :

La règle des 5 B

Administration sécurisée : par l'IDE ou le médecin

Règle des 5 B :



- **Résident Patient**
- **Médicament**
- **Dose**
- **Voie**
- **Moment**

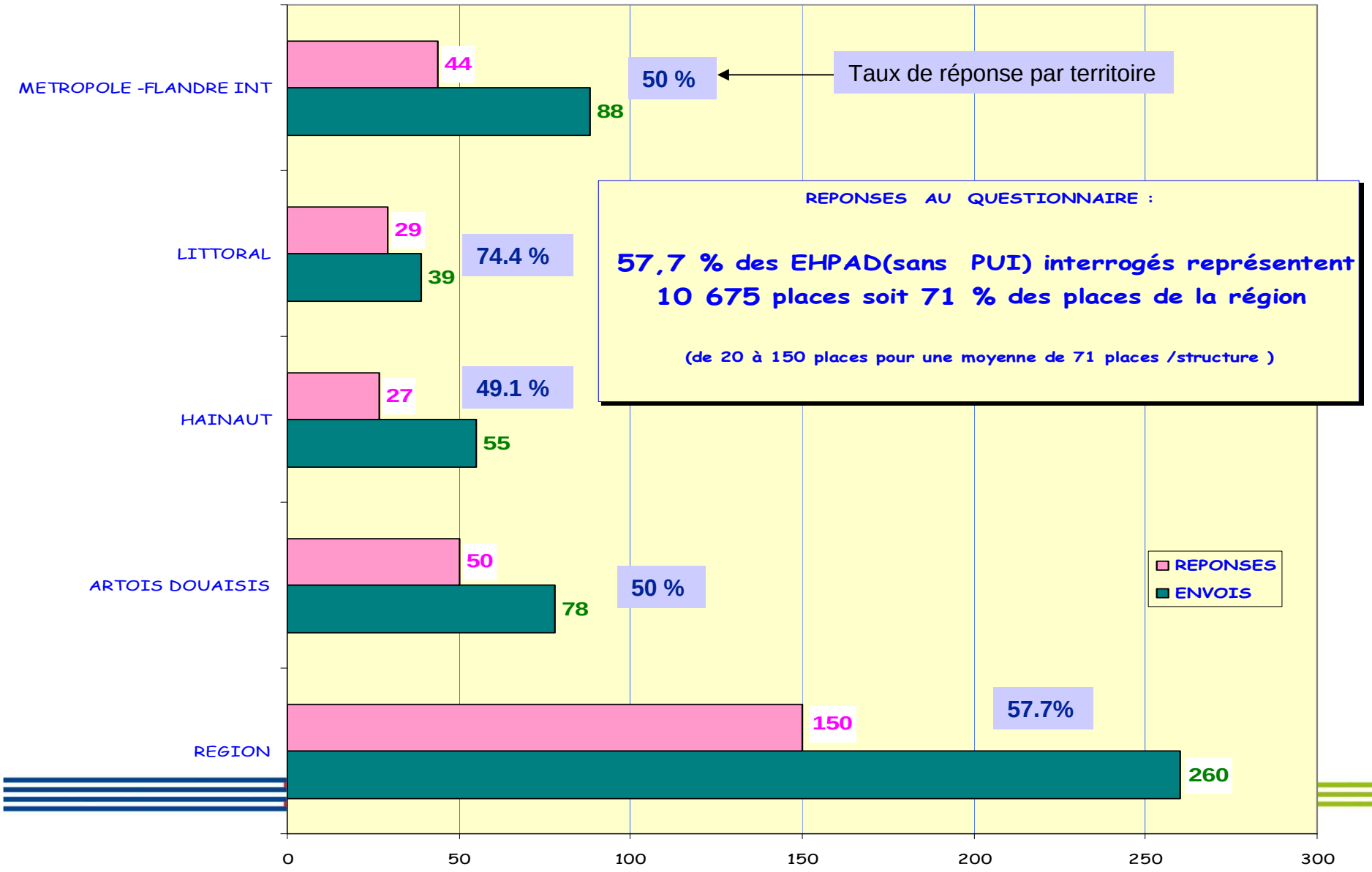
Traçabilité

- Dans le cadre de la pluridisciplinarité et de la coordination, le médecin prescripteur doit connaître :
  - La Compliance
  - Les effets secondaires observés
  - La confusion ou les chutes induites
  - Les motifs en cas de non prise ….

- Le dossier individuel doit à tout moment pouvoir être consulté pour y retrouver ces informations et garantir la sécurité de prise en charge du résident au titre de la continuité des soins

Toute administration ou non administration est enregistrée dans le dossier individuel ainsi que les motifs le cas échéant.

Analyse régionale des retours du questionnaire (1)
150 REPONSES /260 EHPAD (sans PUI)



Analyse régionale des réponses au questionnaire (2) INTERVENANTS des EHPAD

- **Médecin coordonnateur (MEDCO) ETP moyen 0.4 (de 0 à 1 ETP)**
- **Infirmier coordinateur(IDEC) ETP moyen 0.9 (de 0.1 à 2 ETP)**
- **Infirmier (IDE) ETP moyen 3.2 (de 0.25 à 9.9 ETP)**
- **Aides soignants (AS) et aides médico-psychologiques (AMP) ETP moyen 15.9 (de 2.5 à 45 ETP en EHPAD de 150 lits)**

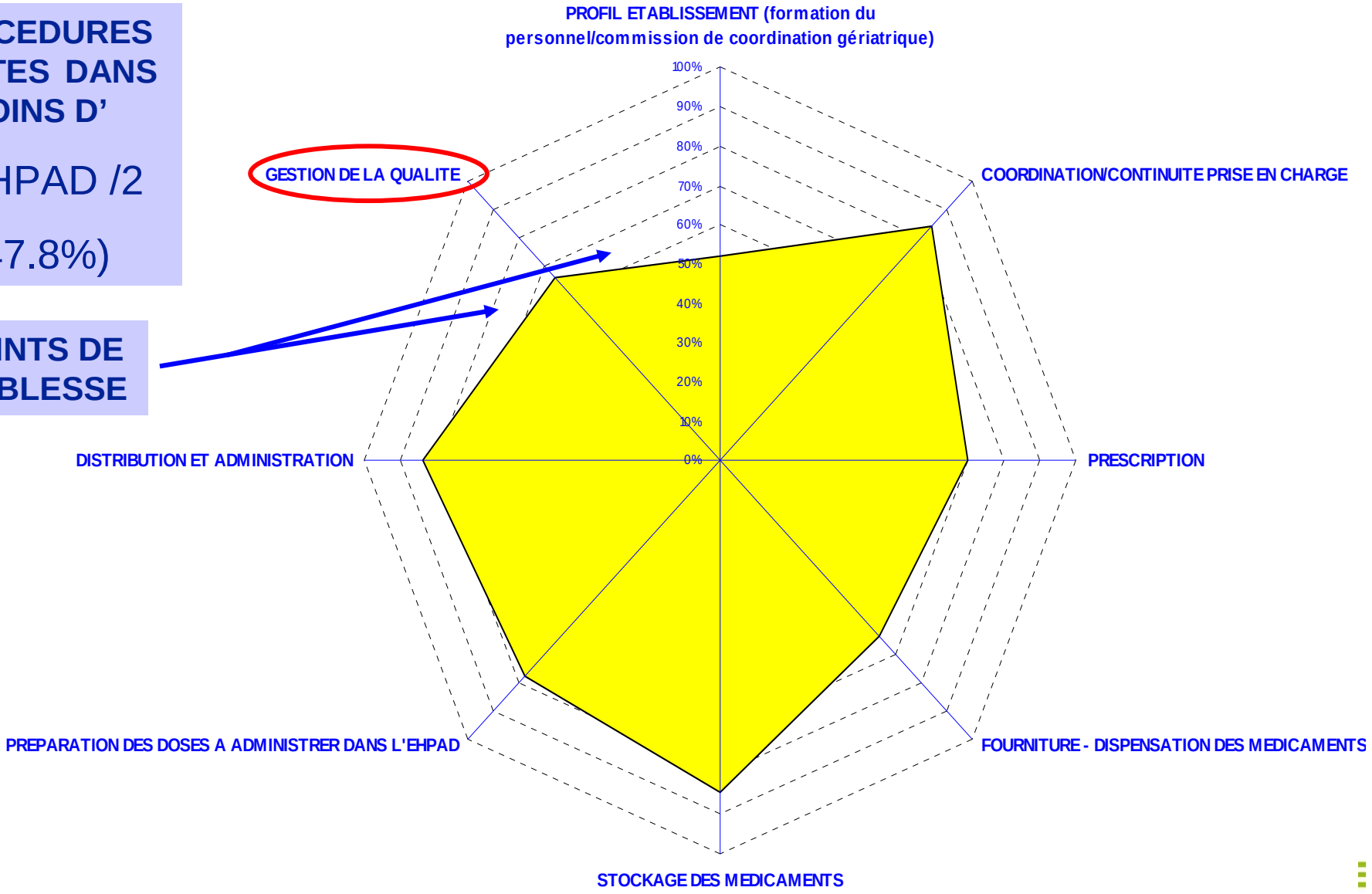
Analyse régionale des réponses au questionnaire (3)
SITUATION GLOBALE

PROCEDURES ECRITES DANS MOINS D'

1 EHPAD /2

(47.8%)

POINTS DE FAIBLESSE



Analyse régionale des réponses au questionnaire (4)
QUALITE - COORDINATION

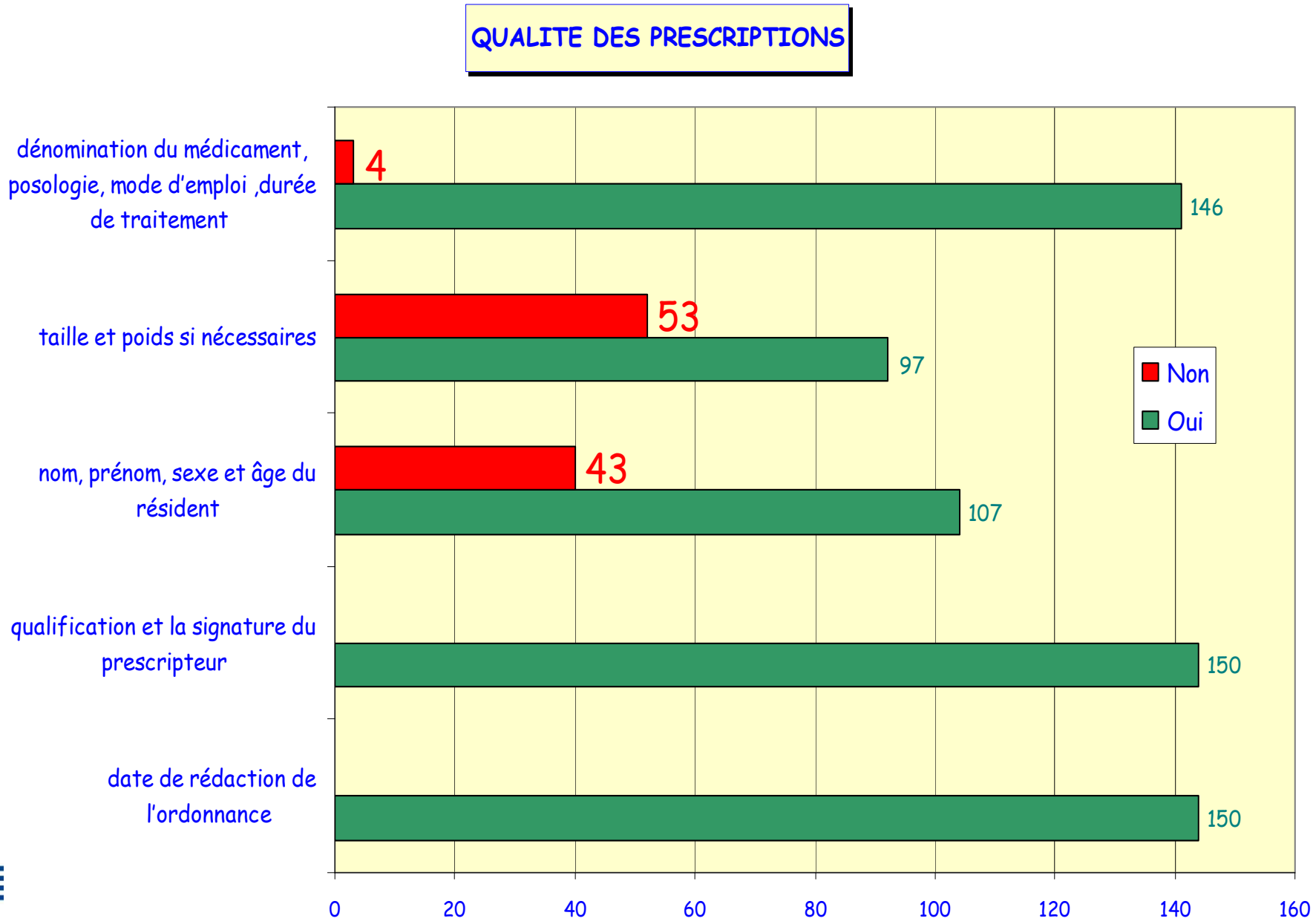
- 903 **contrats de coordination** EHPAD/médecin traitant signés : taux de 32%
- 72 **commissions de coordination** constituées : taux de 48%
- 10309 **résidents** présents au moment de l'enquête
  - moyenne 69
  - taux d'occupation 97 %
- **Auto gestion** pour 417 résidents soit 4%
- **Fiche de liaison :** absente dans une seule des 150 EHPAD
- **DOSSIER DE SOINS :**
  - accessible 24h/24 dans 100% des EHPAD répondeurs

  mais
  - modalités de gestion des traitements médicamenteux définies

  pour seulement :

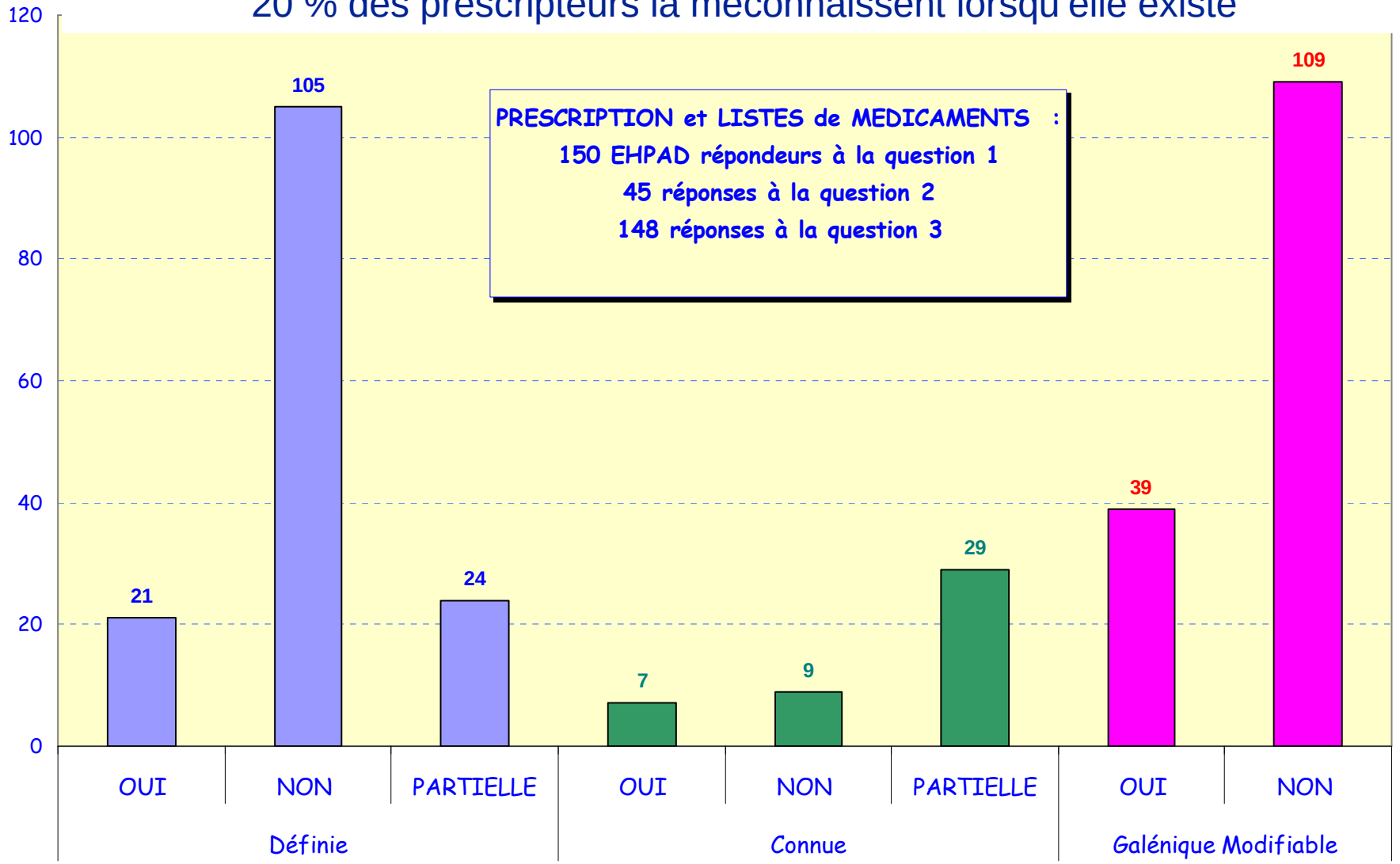
  52% avec le résident ou son représentant dans le projet personnalisé

Analyse régionale des réponses au questionnaire (5)
PRESCRIPTIONS



Analyse régionale des réponses au questionnaire (6)
AIDE à la PRESCRIPTION

70 % n'ont pas établi de liste de médicaments à prescrire préférentiellement,
20 % des prescripteurs la méconnaissent lorsqu'elle existe



Analyse régionale des réponses au questionnaire (7)
INFORMATISATION

- Logiciel de prescription présent **81%**
- Logiciel d'aide à la prescription avec base de données **61%**
- Logiciel sur le circuit du médicament absent **37%**
- Les prescriptions sont retranscrites **45 %**
- Les prescriptions orales existent **39 %**

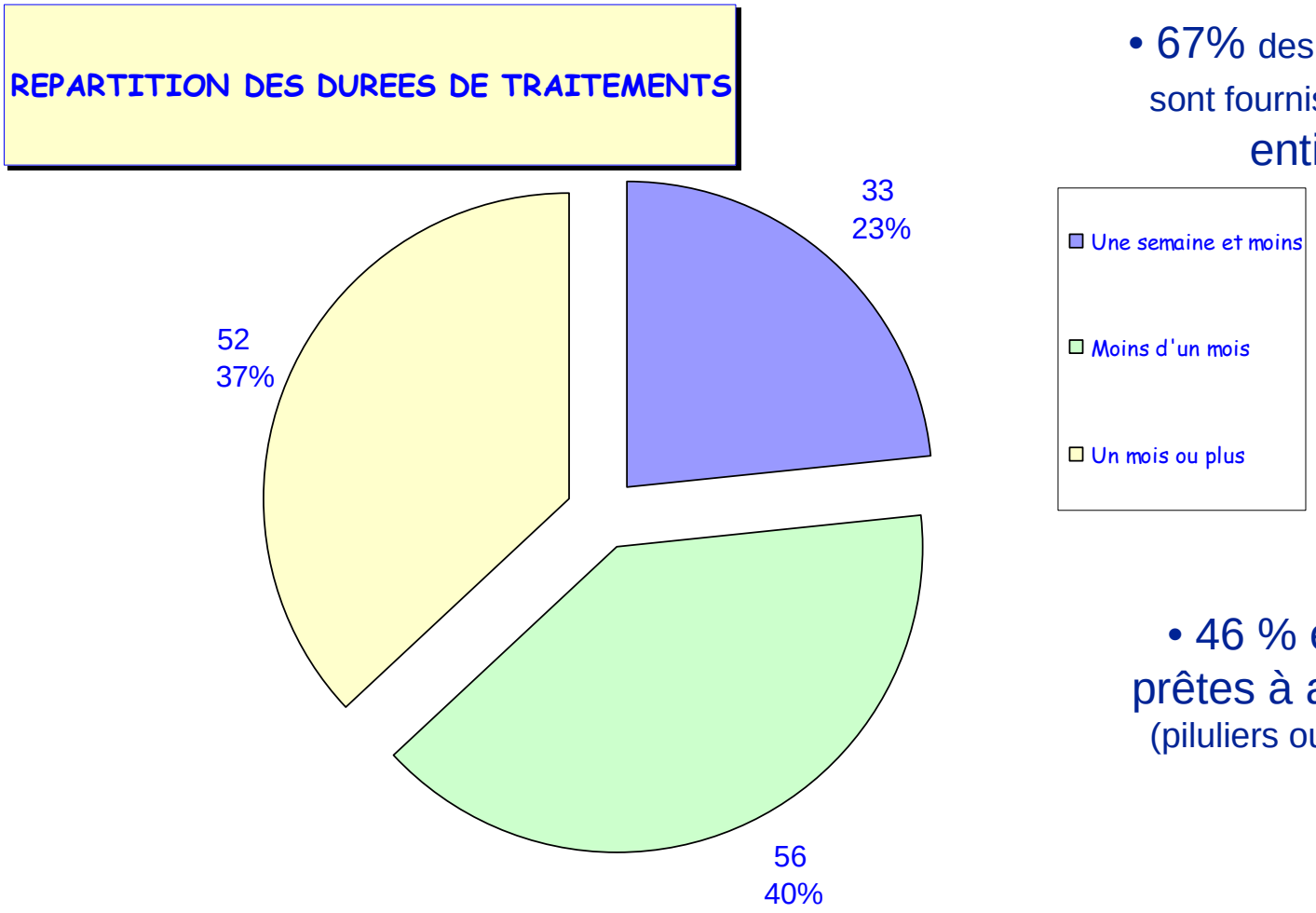
→ **Toute retranscription d'une prescription ou prescription orale est source d'erreur**

- Une évaluation médicale du traitement est organisée
  - A l'entrée du résident **91 %**
  - Au moins une fois par an **81 %**
  - Lors d'événement intercurrent **97 %**
  - Un bilan biologique annuel est réalisé pour chaque résident **84%**

Analyse régionale des réponses au questionnaire (8)
FOURNITURE - DISPENSATION DES MEDICAMENTS
Implication du pharmacien

- **Convention avec la (les) pharmacie(s)** d'officine qui dispense(nt) les médicaments est signée — 53 %
- **Pharmacien référent pour l'EHPAD** — 51 %
- **La procédure d'approvisionnement en urgence** — **38 %**
- **Remise d' informations/ conseils sur le bon usage** des médicaments — 47 %
- **Signalement au prescripteur des E I , C I, ou I Mdtses** — 45%
- **Contacts réguliers Pharmacien /Med.co/soignants** — 62 %
- **Vigilance :** informations rappels ou retraits de lots transmises par le pharmacien — 75%
- **Les modalités** de livraison garantissent :
  -La sécurité — 92 %
  -La bonne conservation — 94 %

Analyse régionale des réponses au questionnaire (9)
PRESENTATION / DUREE DE TRAITEMENT



- 67% des médicaments sont fournis en boites entières

- 46 % en doses prêtes à administrer
(piluliers ou plaquettes)

Analyse régionale des réponses au questionnaire (10) STOCKAGE

- **L'accès au stockage n'est pas sécurisé dans une seule structure**
- **La gestion des périmés n'est pas organisée** **8 %**
- **Les médicaments inutilisés ne sont pas rendus** **19 %**
- **Une trousse d'urgence de médicaments n'est pas disponible dans l'établissement** **21 %**
- **Les modalités de gestion des stupéfiants sont organisées** **88 %**
- **La chaîne du froid est respectée** **93 %**

MAIS

- **La température du réfrigérateur n'est pas vérifiée** **35 %**
- **La DLU après ouverture pour n'est pas spécifiée les médicaments multi-doses (sirops, gouttes buvables, collyres, antiseptiques…)** **34 %**

Analyse régionale des réponses au questionnaire (11) PDA

- **Le recensement des personnes à risque de problème d 'administration est réalisé** — **87 %**

MAIS

- **La liste de médicaments à forme modifiable est définie** — **26%**
- **Les Médicaments sont préparés par l'IDE ou le pharmacien** — **96 %**
- **Les piluliers portent nom et prénom du résident** — **99 %**

MAIS

- **<u>Dans plus de 8 cas sur 10, la DDN* ne figure pas sur les piluliers</u>**
- **Le contrôle des piluliers,** par une personne différente de celle qui a préparé n'est pas opéré — **41 %**
- **La mise à jour des piluliers n'est pas organisée et suivie** — **6 %**
- **Les médicaments (non préparés en piluliers) sont préparés au moment de l'administration** — **95 %**
- **Les formes buvables ne sont pas préparées séparément** — **16 %**

*DDN : date de naissance

Analyse régionale des réponses au questionnaire (12)
DISTRIBUTION ET ADMINISTRATION DES MEDICAMENTS

- Les modalités de distribution sont définies 84 %
- Les professionnels sont habilités 93 %
- L'identité du résident est contrôlée 97 %

MAIS

- La concordance entre la prescription et les médicaments n'est pas vérifiée au moment de l'administration **42 %**

→ **RISQUE : IDENTITOVIGILANCE + DISCORDANCE**

- L'administration des médicaments n'est pas enregistrée **29 %**
- La non administration n'est pas tracée **11 %**
- Le médecin n'est pas informé **11 %**

→ **RISQUE IATROGENE**

Analyse régionale des réponses au questionnaire (13)
MANAGEMENT QUALITE DU CIRCUIT DES PRODUITS DE SANTE

- **Les procédures relatives au circuit n'existent pas** **51 %**
- **Les procédures existantes (ou tout autre document) :**
  - **- ne sont pas diffusées** **27 %**
  - **- ne sont pas appliquées** **28 %**
- **Les personnels ne sont pas formés aux procédures** **31 %**

— L’amélioration de la prise en charge médicamenteuse en EHPAD (Dr E. CERF/DOMS)

Pourquoi améliorer la prise en charge médicamenteuse chez les résidents en EHPAD ?

- Les personnes de plus de 65 ans représentent 16 % de la population française et environ 40 % de la consommation de médicaments en ville.
- La polymédication est fréquente et souvent légitime chez la personne âgée polypathologique : le risque iatrogénique est alors majoré.
- La iatrogénie serait responsable de plus de 10 % des hospitalisations chez les personnes de plus de 65 ans et de près de 20 % chez les octogénaires, essentiellement liées aux effets secondaires des médicaments cardiovasculaires et des psychotropes.
- La réduction de ce risque ne peut être limitée à la diminution du nombre de médicaments prescrits et s'appuie sur l'optimisation de l'ensemble des prescriptions. Il s'agit d'évaluer si le risque associé à tout médicament est légitime, et, si oui, s'il est maîtrisé.

Programmes professionnels d'optimisation de la prescription médicamenteuse et de prévention de la iatrogénie chez le sujet âgé

La HAS a développé avec les professionnels de santé, en collaboration avec la Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG), le Collège professionnel des gériatres français (CPGF), et la Fédération Française des Associations de Médecins Coordonnateurs en EHPAD (FFAMCO) :

- Le programme PMSA : Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé

(http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_675707/ensemble-ameliorons-la-prescription-medicamenteuse-chez-le-sujet-age-pmsa)

- Le programme PsychoSA : Prescription des psychotropes chez le sujet âgé

(http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_677086/ensemble-ameliorons-la-prescription-des-psychotropes-chez-le-sujet-age-psycho-sa)

- Le programme AMI Alzheimer : Alerte et Maitrise des neuroleptiques dans la maladie d'Alzheimer

(http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_891528/programme-ami-alerte-maitrise-iatrogenie-alzheimer)

Focus sur les neuroleptiques chez les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée en EHPAD

- Rappels concernant la prévention des troubles du comportement chez les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée en EHPAD

- Actions à mettre en œuvre par les EHPAD : recueil des indicateurs

La maladie d'Alzheimer : un enjeu de santé publique

- pathologie fréquente en EHPAD : **42 % de l'ensemble des résidents** *(source : enquête EHPA 2007, DREES)*

- le syndrome démentiel* (dont maladie d 'Alzheimer et apparentées) concerne :

  71% des résidents en GIR 1
  55% en GIR 2
  34% en GIR 3
  25% en GIR 4
  15% en GIR 5
  9% en GIR 6

**la Maladie d'Alzheimer est la principale cause des syndromes démentiels : 70 % selon les estimations de l'INSERM.*

La maladie d'Alzheimer fait l'objet d'une forte mobilisation

- Plan présidentiel Alzheimer 2008-2012
- Nombreuses recommandations : ANESM, HAS
- Programme interinstitutionnel et interprofessionnel AMI-Alzheimer (Alerte et maitrise de la iatrogénie des neuroleptiques chez le MA) coordonné par la HAS
- Programme d'amélioration des pratiques et de la qualité de soins de la HAS
- Programme MobiQual de la SFGG soutenu par la mission de pilotage du plan Alzheimer et la CNSA
- Actions d'accompagnements conduites par la CNAMTS en EHPAD en 2011 et 2012 sur la prévention de la iatrogénie médicamenteuse et la prise en charge non médicamenteuse des troubles du comportement de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées.

Les traitements de la maladie d'Alzheimer

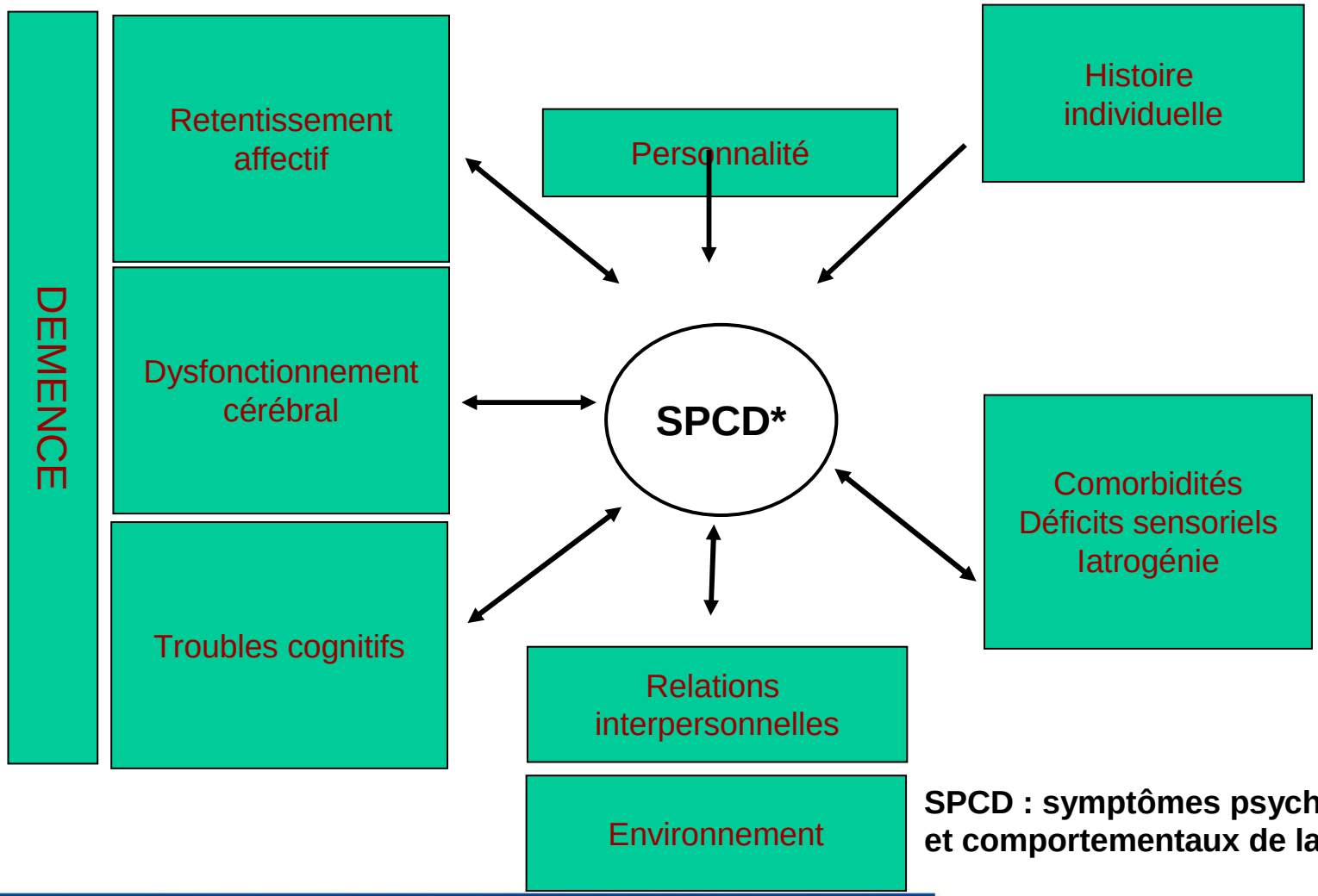
- pas de traitement curatif
- traitement médicamenteux spécifique optionnel qui n'a pas pour indication de diminuer les troubles du comportement perturbateurs
- monothérapie recommandée (posologie minimale à augmenter de façon progressive si nécessaire)
- réévaluation attentive si poursuite au-delà de 6 mois
- possibilité de renouvellement 1 fois
- poursuite à revoir au bout de 1 an de traitement avec l'aidant et le patient si possible, à la suite d'une concertation associant médecin généraliste traitant, gériatre, neurologue ou psychiatre, en relation avec le réseau de soins prenant en charge le patient, et dans la mesure où l'efficacité à 1 an a été maintenue.

Les troubles du comportement dans la maladie d'Alzheimer

- **Les symptômes affectifs et de la motivation**
  - Anxiété
  - Dépression
  - Apathie
- **Les symptômes psychotiques**
  - Idées délirantes
  - Hallucinations
- **Les symptômes d'hyper activité**
  - Agitation
  - Déambulation
  - Agressivité
  - Irritabilité
  - Cris
- **Les symptômes végétatifs**
  - Troubles du sommeil
  - Troubles du comportement alimentaire

Les troubles du comportement dans la maladie d'Alzheimer

une symptomatologie influencée par différents facteurs et cofacteurs



SPCD : symptômes psychologiques et comportementaux de la démence

Troubles du comportement dans la maladie d'Alzheimer et neuroleptiques (NL)

- Troubles du comportement perturbateurs (cris, agitation, agressivité, déambulation) très fréquents au cours de l'évolution de la maladie d'Alzheimer (80% des patients) et à l'origine d'une part importante des prescriptions de neuroleptiques (NL)
- Efficacité faible des NL pour traiter ou prévenir les troubles du comportement (10-20 %)
- NL indiqués pour traiter les psychoses et syndromes délirants avérés
- NL à l'origine d'effets indésirables fréquents et ou très sévères :
  - sédation diurne excessive perturbant échanges et qualité de vie au quotidien
  - troubles de la marche avec risque de chutes (+ 8 %)
  - survenue d'accidents vasculaires cérébraux (+ 1,8 %)
  - décès (+ 1 %)
- Prescription par excès des NL dans la maladie d'Alzheimer en France : 3 % de la population âgée, 18 % des malades Alzheimer **et jusqu'à 27 % des résidants en EHPAD** en 2008. *(Source : CNAMTS, MSA, RSI, INVS, DGS , HAS & la plateforme clinique « Psychotropes et sujet âgé »)*
- Arrêt des NL est possible, sans phénomène de rebond, de rechute ni de manque dans la plupart des cas. Cet arrêt ne nécessite pas de modalités particulières, ni de doses dégressives.

Les troubles du comportement dans la maladie d'Alzheimer : agir en amont pour les prévenir

Agir au niveau de la personne : élaborer un projet personnalisé pour chaque résident

- **Elaborer** un **projet personnalisé** pour chaque résident prenant en compte les besoins et les attentes de la personne en termes de rythme de vie, d'habitudes de vie, de relations sociales….

- **Réévaluer** périodiquement **en équipe pluridisciplinaire et avec le résident (et/ou ses proches) les actions** mises en place pour les **adapter autant que de besoin.**

- **Analyser** en équipe les éventuels événements **déclencheurs** de troubles du comportement afin de proposer une **alternative** (exemple : report de la toilette à un autre moment, changement de place à table , accompagnement au moment critique de la journée….)

Les troubles du comportement dans la maladie d'Alzheimer : agir en amont pour les prévenir

Agir au niveau de l'établissement

- Etablir un Volet spécifique dans le **projet d'établissement :** création d'un PASA, d'une UHR, d'unités spécifiques, l'aménagement des locaux, etc**.**

- Mettre en place des **partenariats et un travail en réseau** avec des équipes spécialisées de la filière gériatrique (UCC, unités de psycho gériatrie, CSG, équipes mobiles gériatriques...).

- Former le personnel à la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et à la prévention des troubles du comportement
La formation du personnel à de nouvelles modalités de communication avec un résident dont le langage et le vocabulaire s'altèrent réduit les troubles comportementaux réactionnels.
Exemple : **8 heures de formation des aidants/et soignants en EHPAD aux techniques de soins non médicamenteuses réduit de 60 % la fréquence des troubles du comportement** (Référence : Non-pharmacological management of behavioural symptoms in nursing homes. Deudon a, int. j. geriatr psychiatry 2009)

- Inscrire cette thématique dans le **plan de formation continue** et dans les analyses de pratiques professionnelles.

Les troubles du comportement dans la maladie d'Alzheimer : agir en amont pour les prévenir

Exemples de stratégies pour prévenir la survenue des troubles du comportement perturbateurs *[source : réseau France Alzheimer et Manuel des assistants de soins en gérontologie (Ed. Masson)]* **:**

- Ne pas contraindre la personne, adapter l'environnement, la prise en charge, etc.
- Environnement calme : lumière, bruits, stimulations adaptées
- Aides cognitives
- Stimulations : photos, musique, souvenirs
- Événements plaisants :

  Se mettre en face (attirer le regard), à la « bonne distance », la « bonne hauteur »

  Parler calmement, sans hausser le ton

  Se nommer, nommer la personne

  Faire des phrases simples

  Établir un contact physique

  Éviter les interdits et le «non»

  Éviter les situations d'échec

  Être tolérant et positif

  Éviter les questions +++

Les troubles du comportement dans la maladie d'Alzheimer : agir lors de leur survenue

- **rechercher une cause, notamment somatique,** et des facteurs déclenchants

- conduire une **démarche d'évaluation des troubles** (utilisation d'outils d'évaluation des troubles par l'ensemble des soignants, notamment l'inventaire neuropsychiatrique – NPI/équipe soignante)

Film de présentation du NPI : http://www.sante-sports.gouv.fr/inventaire-neuropsychiatrique-le-dvd.html ; http://www.solidarite.gouv.fr (rubrique personnes âgées / plan Alzheimer) ; http://www.cmrr-nice.fr/?p=outils-professionnels

- mettre en place **un suivi régulier** des personnes, avec traçabilité dans le dossier médical :
  * du poids, de l'état nutritionnel et des constantes
  * des chutes et des risques de chutes
  * des comorbidités, complications, etc.
  * de l'observance, de la tolérance, de l'efficacité des traitements

- mettre en place des **stratégies comportementales** et des **interventions non médicamenteuses** dans un premier temps [cf. recommandation HAS]

Les troubles du comportement dans la maladie d'Alzheimer : agir lors de leur survenue

En première intention, des stratégies non médicamenteuses efficaces existent :

Des techniques de soins appropriées « bain au lit » et « douche adaptée » **réduisent de 60 % les épisodes agressifs et d'opposition**, très fréquents lors des toilettes.

La recherche et la prise en compte des facteurs stimulant ou apaisant l'agressivité ou l'agitation permettent de réduire la fréquence et l'intensité de ces symptômes, tout comme les approches de réhabilitation.

Des outils à disposition développés par la FFAMCO et le CMRR de Nice (http://cm2r.enamax.net/onra/index.php?option=com_content&task=view&id=82&Itemid=0), inclus dans l'outil Alzheimer du programme MobiQual.

Les troubles du comportement dans la maladie d'Alzheimer : respecter les bonnes pratiques de prescription

Dans le cadre des épisodes perturbateurs aigus, il est recommandé :

- **d'évaluer le danger potentiel** du comportement perturbateur pour le malade lui même et pour les autres
- d'utiliser **d'abord** des stratégies comportementales et des techniques non médicamenteuses
- **de ne recourir à un traitement médicamenteux qu'après démarche diagnostique et après échec** des stratégies comportementales et des interventions non médicamenteuses
- **de ne pas prescrire de traitement médicamenteux symptomatique systématique, préventif ou curatif des troubles du comportement perturbateur**
- en cas d'échec des autres techniques, recourir aux psychotropes de façon **brève :** médicaments de courte durée d'action, sédation de très courte durée en cas d'urgence

Les troubles du comportement dans la maladie d'Alzheimer : respecter les bonnes pratiques de prescription

- **Concernant les NL** en particulier, leur efficacité pour prévenir et traiter les troubles du comportement perturbateurs est faible et leurs effets délétères sont avérés

- dans tous les cas, **évaluer régulièrement** la poursuite de tout traitement psychotrope prescrit

- **écarter la contention** qui doit rester une mesure exceptionnelle et respecter un protocole précis et maîtrisé par le personnel

- éviter les hospitalisations en dehors des indications précises recommandées : l'hospitalisation en urgence ne se justifie pas au seul motif de fugue, déambulation, opposition, agitation, cris mais se justifie en cas de mise en danger du résident lui même ou des autres.

Les actions à mettre en œuvre par les EHPAD dans le cadre de la GDR

une démarche d'alerte et une démarche de maîtrise concernant les prescriptions de neuroleptiques (NL)

L'objectif de ces actions est de diminuer l'usage inapproprié des NL, qui devrait conduire à une baisse de l'exposition et à améliorer la prise en charge des troubles du comportement.

Cette démarche concerne **tous les EHPAD de la région,** y compris ceux n'ayant pas participé aux réunions locales.

Une démarche en 3 temps qui **s'inscrit dans le programme « AMI »** (Alerte et Maitrise de la Iatrogénie) de la HAS.

1) démarche d'alerte

2) démarche intermédiaire

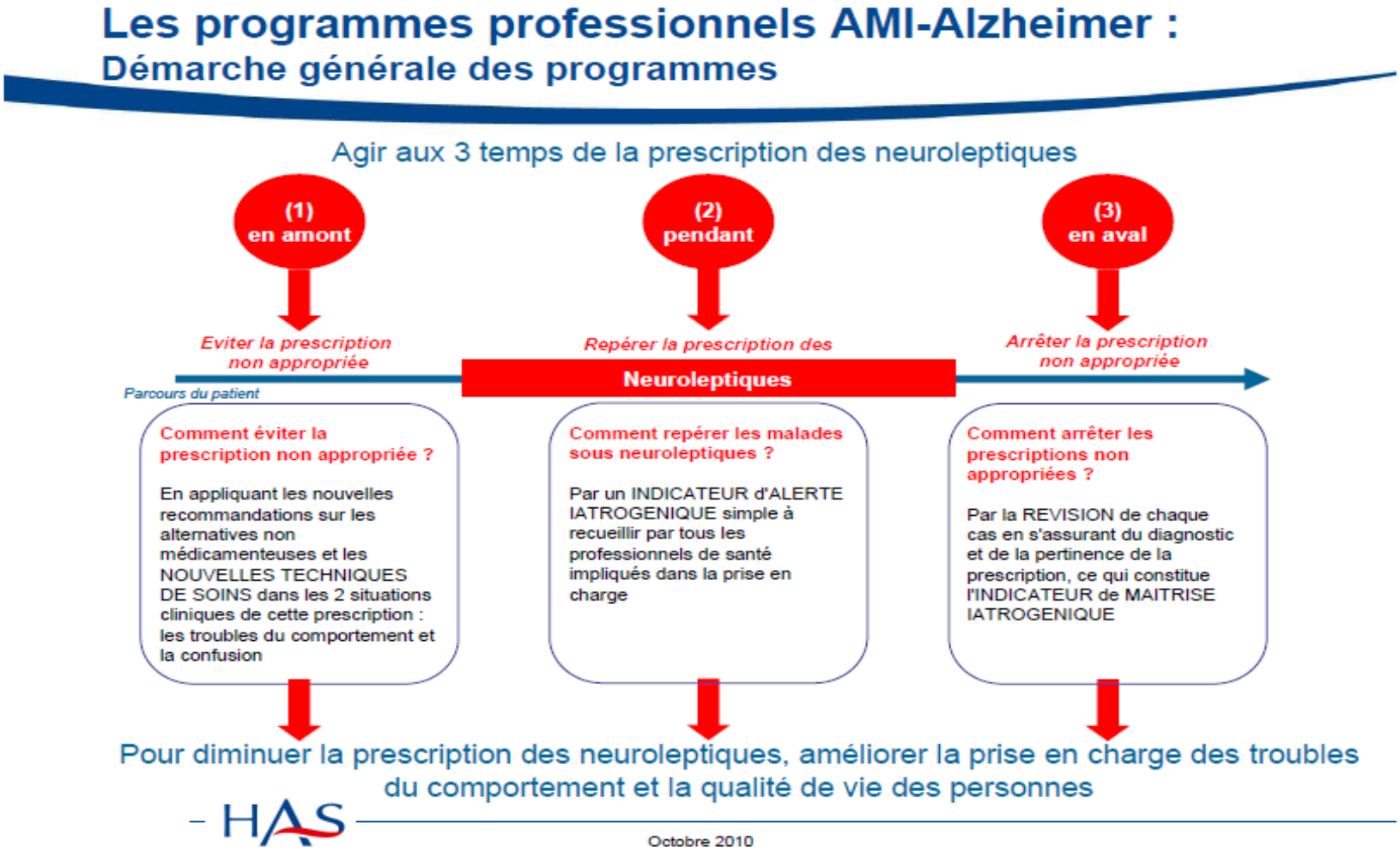
3) Démarche de maîtrise

ALERTE = TAUX DE MA AVEC PRESCRIPTION NL*

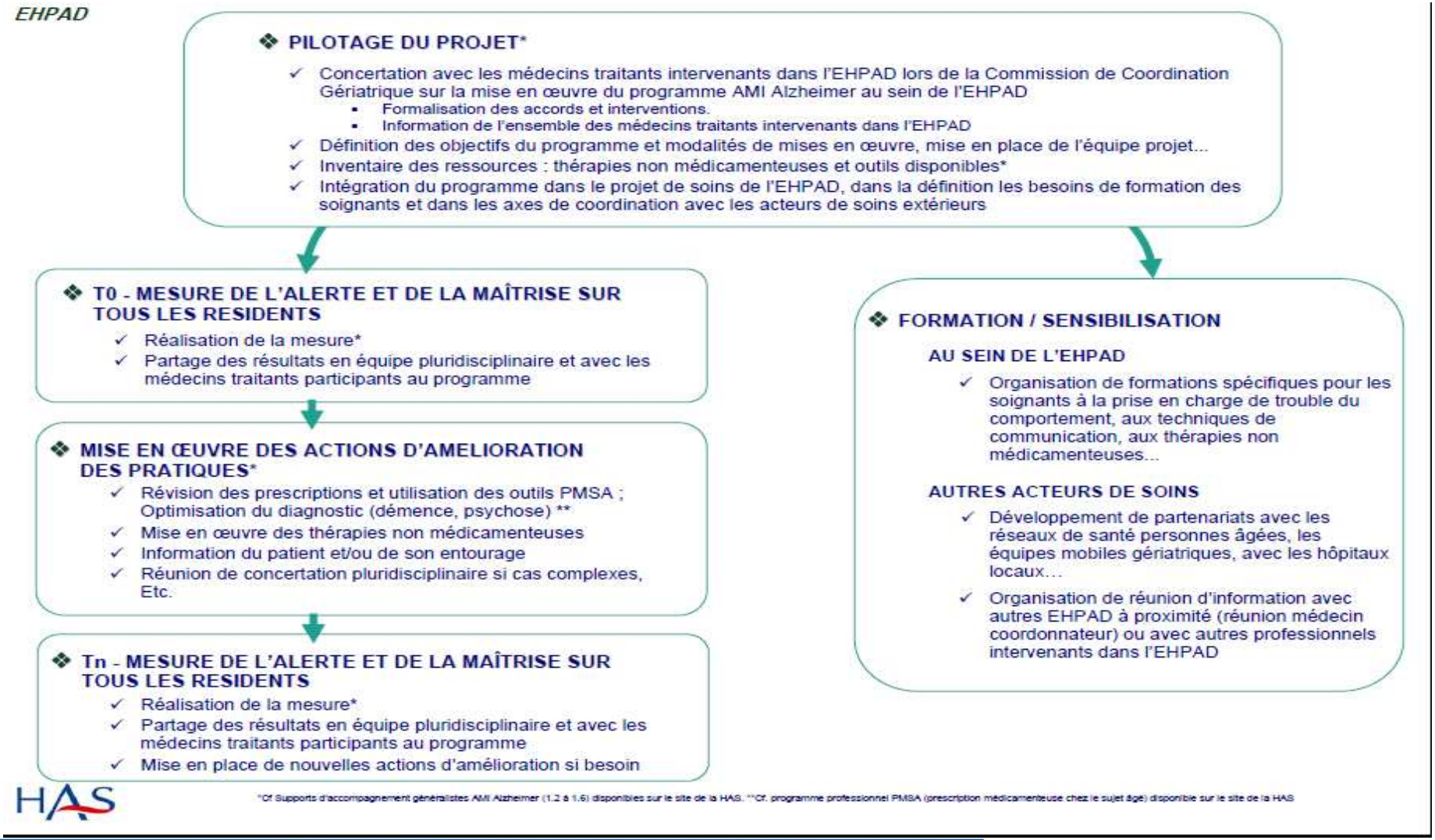
Nb de MA avec prescription de NL / Nombre de MA

MAITRISE = NB MA AVEC PRESCRIPTION DE NL CONTINUE OU REPETEE CONFIRMEE ET ARGUMENTEE SUR L'ENSEMBLE DES MA SOUS NL

Les actions à mettre en œuvre par les EHPAD dans le cadre de la GDR


Les programmes professionnels AMI-Alzheimer :
Démarche générale des programmes
Agir aux 3 temps de la prescription des neuroleptiques
(1) en amont
(2) pendant
(3) en aval
Eviter la prescription non appropriée
Repérer la prescription des
Arrêter la prescription non appropriée
Neuroleptiques
Parcours du patient
Comment éviter la prescription non appropriée ?
En appliquant les nouvelles recommandations sur les alternatives non médicamenteuses et les NOUVELLES TECHNIQUES DE SOINS dans les 2 situations cliniques de cette prescription : les troubles du comportement et la confusion
Comment repérer les malades sous neuroleptiques ?
Par un INDICATEUR d'ALERTE IATROGENIQUE simple à recueillir par tous les professionnels de santé impliqués dans la prise en charge
Comment arrêter les prescriptions non appropriées ?
Par la REVISION de chaque cas en s'assurant du diagnostic et de la pertinence de la prescription, ce qui constitue l'INDICATEUR de MAITRISE IATROGENIQUE
Pour diminuer la prescription des neuroleptiques, améliorer la prise en charge des troubles du comportement et la qualité de vie des personnes
HAS
Octobre 2010

Les actions à mettre en œuvre par les EHPAD dans le cadre de la GDR


EHPAD
PILOTAGE DU PROJET*
Concertation avec les médecins traitants intervenants dans l'EHPAD lors de la Commission de Coordination Gériatrique sur la mise en œuvre du programme AMI Alzheimer au sein de l'EHPAD
Formalisation des accords et interventions.
Information de l'ensemble des médecins traitants intervenants dans l'EHPAD
Définition des objectifs du programme et modalités de mises en œuvre, mise en place de l'équipe projet...
Inventaire des ressources : thérapies non médicamenteuses et outils disponibles*
Intégration du programme dans le projet de soins de l'EHPAD, dans la définition des besoins de formation des soignants et dans les axes de coordination avec les acteurs de soins extérieurs
T0 - MESURE DE L'ALERTE ET DE LA MAÎTRISE SUR TOUS LES RESIDENTS
Réalisation de la mesure*
Partage des résultats en équipe pluridisciplinaire et avec les médecins traitants participants au programme
MISE EN ŒUVRE DES ACTIONS D'AMELIORATION DES PRATIQUES*
Révision des prescriptions et utilisation des outils PMSA ; Optimisation du diagnostic (démence, psychose) **
Mise en œuvre des thérapies non médicamenteuses
Information du patient et/ou de son entourage
Réunion de concertation pluridisciplinaire si cas complexes, Etc.
Tn - MESURE DE L'ALERTE ET DE LA MAÎTRISE SUR TOUS LES RESIDENTS
Réalisation de la mesure*
Partage des résultats en équipe pluridisciplinaire et avec les médecins traitants participants au programme
Mise en place de nouvelles actions d'amélioration si besoin
FORMATION / SENSIBILISATION
AU SEIN DE L'EHPAD
Organisation de formations spécifiques pour les soignants à la prise en charge de trouble du comportement, aux techniques de communication, aux thérapies non médicamenteuses...
AUTRES ACTEURS DE SOINS
Développement de partenariats avec les réseaux de santé personnes âgées, les équipes mobiles gériatriques, avec les hôpitaux locaux...
Organisation de réunion d'information avec autres EHPAD à proximité (réunion médecin coordonnateur) ou avec autres professionnels intervenants dans l'EHPAD
HAS
*Cf Supports d'accompagnement généralistes AMI Alzheimer (1.2 à 1.6) disponibles sur le site de la HAS. **Cf. programme professionnel PMSA (prescription médicamenteuse chez le sujet âgé) disponible sur le site de la HAS

Les actions à mettre en œuvre par les EHPAD dans le cadre de la GDR

<u>Démarche d'alerte</u> (T0) :

Taux de résidents ayant une maladie d'Alzheimer (ou maladie apparentée) <u>et</u> ayant une prescription de NL depuis plus d'un mois ou de façon répétée dans l'année 2012 (au moins 2 prescriptions) (A0)

(taux = nb de résidents ayant une Maladie ALZ ou maladie apparentée avec prescription de NL depuis plus d'un mois ou de façon répétée dans l'année 2012 / nb de résidents ayant une Maladie ALZ ou maladie apparentée au sein de l'EHPAD)

Idéalement, une **étude « un jour donné »** devrait être réalisée par les EHPAD afin d'avoir une homogénéité des modalités de recueil.

Ce taux doit être transmis à l'ARS **par l'ensemble des EHPAD de la région avant le 15 novembre 2012.**

Les actions à mettre en œuvre par les EHPAD dans le cadre de la GDR

<u>Démarche de prise de contact avec le médecin prescripteur</u> (Ti) :

- **Taux de résidents ayant une maladie d'Alzheimer (ou maladie apparentée) dont la prescription de NL** (de plus d'un mois ou de façon répétée dans l'année 2012) a fait l'objet d'un contact par le médecin coordonnateur auprès du médecin prescripteur

  (taux = nb de résidents ayant une maladie ALZ ou maladie apparentée avec prescription de NL ayant fait l'objet d'un contact médecin coordonnateur -médecin prescripteur / nb de résidents ayant une maladie ALZ ou maladie apparentée sous NL)

  + Nombre de médecins prescripteurs contactés

Taux et Nombre devront être transmis à l'ARS **par l'ensemble des EHPAD de la région avant le 31 décembre 2012.**

Les actions à mettre en œuvre par les EHPAD dans le cadre de la GDR

Démarche de maîtrise (T1) :

Taux de prescriptions de NL (de plus d'un mois ou de façon répétée dans l'année 2012) **maîtrisées ou non (A1)**

(taux = nb de résidents ayant une Maladie ALZ ou maladie apparentée avec prescription de NL (confirmée et argumentée ou pas par le médecin prescripteur) / nb de résidents malades ALZ ou maladies apparentées avec NL)

Taux de prescription de NL (de plus d'un mois ou de façon répétée dans l'année 2012) **maîtrisées (M1)**

(taux = nb de résidents ayant une Maladie ALZ ou maladie apparentée avec prescription de NL confirmée et argumentée par le médecin prescripteur / nb de résidents malades ALZ ou maladies apparentées avec NL)

Ces taux devront être transmis à l'ARS **par l'ensemble des EHPAD de la région avant le 31 mars 2013.**

Un questionnaire d'évaluation sur les modalités de réalisation de la maîtrise à T1 sera adressé à l'ensemble des EHPAD par l'ARS.

Un retour de l'état des lieux de la région à T1 sera effectué par l'ARS.

Les actions à mettre en œuvre par les EHPAD dans le cadre de la GDR

Démarche de maîtrise (T2) :

Taux de prescriptions de NL (de plus d'un mois ou de façon répétée dans l'année 2013) **maîtrisées ou non (A2)**

(taux = nb de résidents ayant une Maladie ALZ ou maladie apparentée avec prescription de NL (confirmée et argumentée par le médecin prescripteur ou pas) / nb de résidents malades ALZ ou maladies apparentées avec NL)

Taux de prescription de NL (de plus d'un mois ou de façon répétée dans l'année 2013) **maîtrisées (M2)**

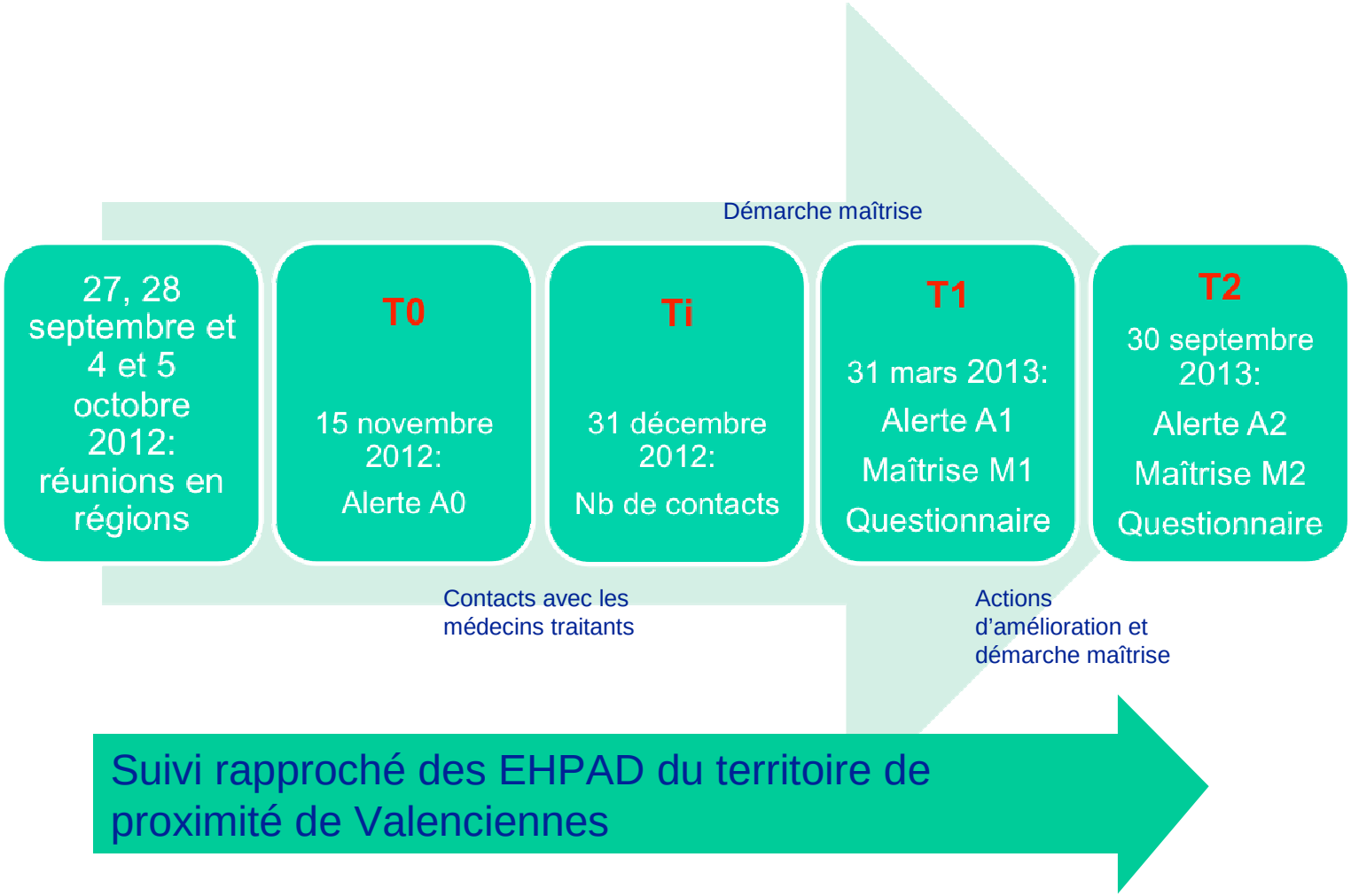
(taux = nb de résidents ayant une Maladie ALZ ou maladie apparentée avec prescription de NL confirmée et argumentée par le médecin prescripteur / nb de résidents malades ALZ ou maladies apparentées avec NL)

Ces taux devront être transmis à l'ARS **par l'ensemble des EHPAD de la région avant le 30 septembre 2013.**

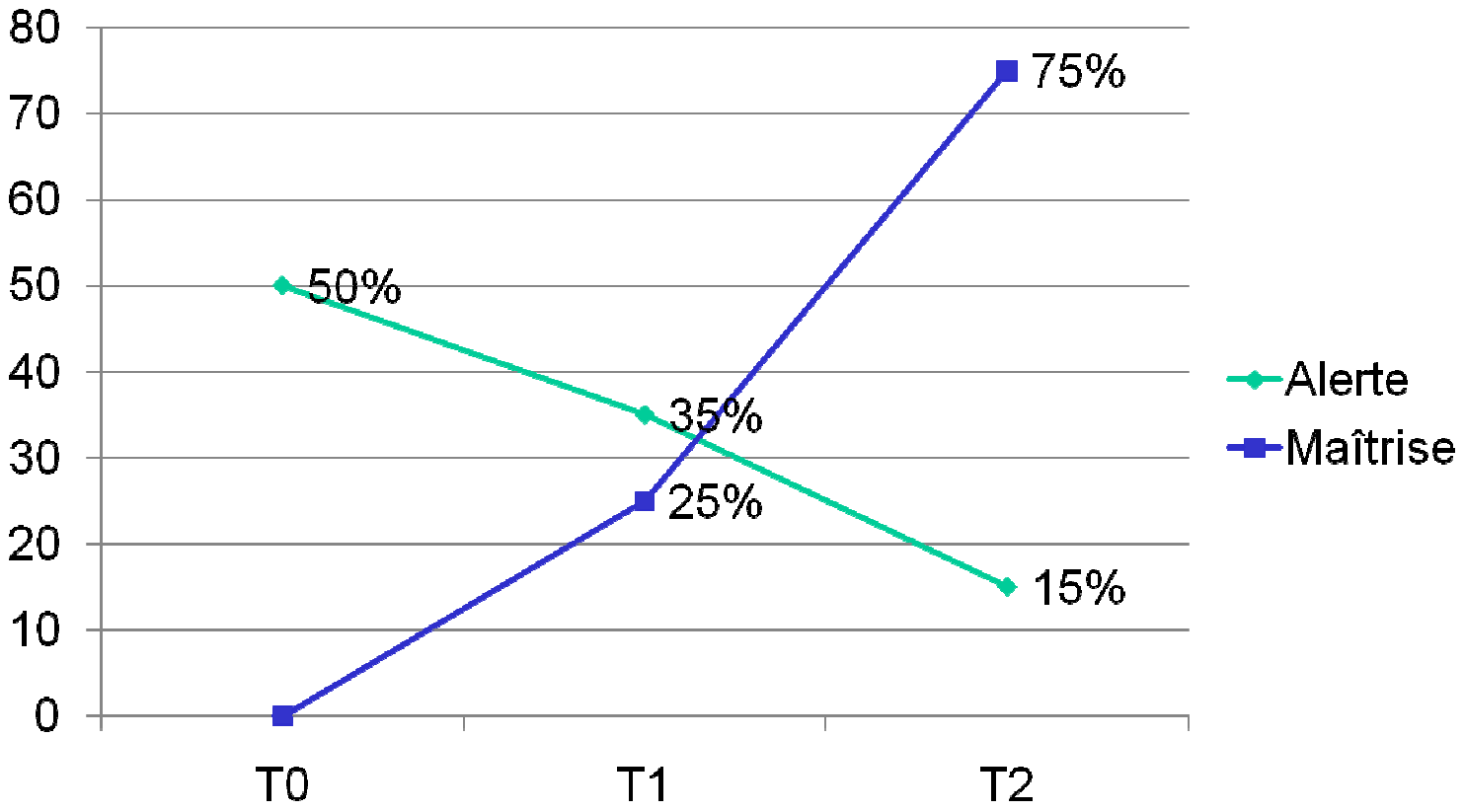
Un questionnaire d'évaluation sur les modalités de réalisation de la maîtrise à T2 sera adressé à l'ensemble des EHPAD par l'ARS.

Un retour de l'état des lieux de la région à T2 sera effectué par l'ARS.

Le déroulement du programme AMI-Alzheimer dans la région Nord-Pas-de-Calais



Les résultats attendus



Liste des référentiels

- **HAS –** Supports d'accompagnement pour mettre en œuvre le programme AMI Alzheimer (à télécharger) – Février 2012
- **HAS -** Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : diagnostic et prise en charge – Décembre 2011
- **HAS –** Synthèse d'avis de la transparence, ARICEPT (donépézil), EXELON (rivastigmine), REMINYL (galantamine), EBIXA (mémantine), médicaments du traitement symptomatique de la maladie d'Alzheimer– Octobre 2011
- **HAS -** Programme « Alerte et Maitrise de la Iatrogénie des neuroleptiques dans la maladie d'Alzheimer » – Octobre 2010
- **HAS –** Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : suivi médical des aidants naturels – Février 2010
- **ANESM -** Accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social - Février 2009
- **HAS -** Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : annonce et accompagnement du diagnostic - Novembre 2009
- **HAS -** Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs - Septembre 2009
- **HAS –** ALD n°15 Guide médecin sur la maladie d'Alzheimer et autres démences – Mai 2009
- **HAS –** Confusion aiguë chez la personne âgée : prise en charge initiale de l'agitation – Mai 2009
- **HAS** – Programme « Ensemble, améliorer la prescription des psychotropes chez le sujet âgé (Psycho SA » - Octobre 2007
- **HAS** – Programme « Ensemble, améliorons la Prescription Médicamenteuse chez le Sujet Agé (PMSA) » - 2006

Présentation de l’outil Mobiqual sur la maladie d’Alzheimer et apparentée

MobiQual

Améliorer la qualité du service rendu en établissements et services médico-sociaux

Les outils | Se procurer les outils | Démarche nationale | Diffusion régionale | Evaluations | News | Agenda | Contact

- Comment se procurer les outils ?
- Informations complémentaires

La démarche nationale

Porté depuis 2007 par la SFGG, le programme MobiQual est une action nationale dont l'objectif est de soutenir l'amélioration de la qualité des pratiques professionnelles.

Comment se procurer les outils ?

Vous pouvez accéder aux outils selon trois modalités principales :

1/ A l'issue des journées régionales ou infrarégionales, pour la plupart co-organisées avec les Agences Régionales de Santé

Consulter l'agenda pour savoir si des journées sont organisées dans votre région

2/ En les demandant directement si vous souhaitez les utiliser sans délai

Pour certaines régions, voire certains départements, la diffusion de la démarche et des outils MobiQual s'envisage à l'aide d'interlocuteurs privilégiés. Le cas échéant, nous vous orienterons vers eux.

3/ Dans le cadre d'actions menées par des institutions nationales – fondations, associations, groupes, fédérations d'établissements et de services – ayant conclu un accord-cadre avec la Société Française de Gériatrie et Gérontologie

***

Toute demande d'outil nécessite de remplir et signer une charte d'engagement, à nous renvoyer signée par la direction de l'établissement ou du service, à l'adresse :

SFGG
Programme MobiQual
60, rue des Cherchevets
92150 SURESNES
Ou par fax : 01 41 12 87 17
Ou par courriel : mobiqual@sfgg.org

Vous pouvez télécharger la charte d'engagement ici : Charte d'engagement

En signant cette charte, vous vous engagez :

MobiQual

Améliorer la qualité du service rendu en établissements et services médico-sociaux

Les outils | Se procurer les outils | Démarche nationale | Diffusion régionale | Evaluations | News | Agenda | Contact

- Questionnaires
- EPP/DPC
- Synthèses

La démarche nationale

Porté depuis 2007 par la SFGG, le programme MobiQual est une action nationale dont l'objectif est de soutenir l'amélioration de la qualité des pratiques professionnelles.

Questionnaires

Les questionnaires nous aident à mieux répondre à vos attentes concernant les outils MobiQual et nous aident à savoir comment votre établissement a amélioré ses pratiques professionnelles.

Pour cela, merci de nous retourner les questionnaires suivants.

Attention ! Pour nous les transmettre par mail, merci de suivre les étapes suivantes :

Cliquer sur le questionnaire concerné
Enregistrez-le sur votre ordinateur
Remplissez-le
Renvoyez-le nous en cliquant sur le bouton situé à la fin du questionnaire

Questionnaires « PRE » : à nous retourner dès réception des outils

- PRE Douleur institution
- PRE Douleur domicile
- PRE Dépression
- PRE Soins Palliatifs
- PRE Bientraitance
- PRE Nutrition institution

Questionnaires « POST » : à nous renvoyer après quelques mois d'utilisation

- POST Douleur institution
- POST Douleur domicile
- POST Dépression
- POST Soins Palliatifs
- POST Bientraitance
- POST Nutrition institution

Questionnaire spécifique pour les organismes de formation (initiale et continue)

Maladie d'Alzheimer
et maladies apparentées

DIAGNOSTIC ET PRISE EN SOINS EN EHPAD ET ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Un outil MobiQual

de formation/sensibilisation
et d'aide à la pratique,
destiné aux professionnels
intervenant auprès des personnes âgées
en établissements de santé et EHPAD

PROMOTION DE L'AMÉLIORATION
DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES
Dans le cadre du programme MobiQual

MobiQual

Société Française de Gériatrie et Gérontologie

CNSA
Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

Liberté · Égalité · Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
MINISTÈRE DU TRAVAIL DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ
SECRÉTARIAT D'ÉTAT À LA SANTÉ

Liberté · Égalité · Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA COHÉSION SOCIALE

Alzheimer PLAN 2008 › 2012 L'ENGAGEMENT DE TOUS

Anesm
Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux

Mise en œuvre :
Société Française de Gériatrie et Gérontologie,
avec le soutien de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

constats

- La qualité de vie des personnes âgées en perte d'autonomie physique et/ou psychique en établissements et services sanitaires et médico-sociaux dépend :
  - de l'**organisation interne**, du **management** et de la **volonté** de la direction et de l'encadrement,
  - des **compétences** et de la **bienveillance** des personnels.

50 à 80% des personnes accueillies sont atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou d'une maladie dite apparentée (MA)

constats

- Le diagnostic et la prise en charge d'une pathologie démentielle nécessitent des **compétences pluri-professionnelles**, **médicales et non médicales.**
- Les **troubles psychologiques et comportementaux** constituent un enjeu important de l'évolution de la maladie d'Alzheimer et donc de la prise en charge des personnes qui en sont atteintes.

Jusque 90 % des patients atteints de MA peuvent présenter au moins un trouble psychologique ou comportemental à un moment de l'évolution de la maladie.

Objectifs de l'outil

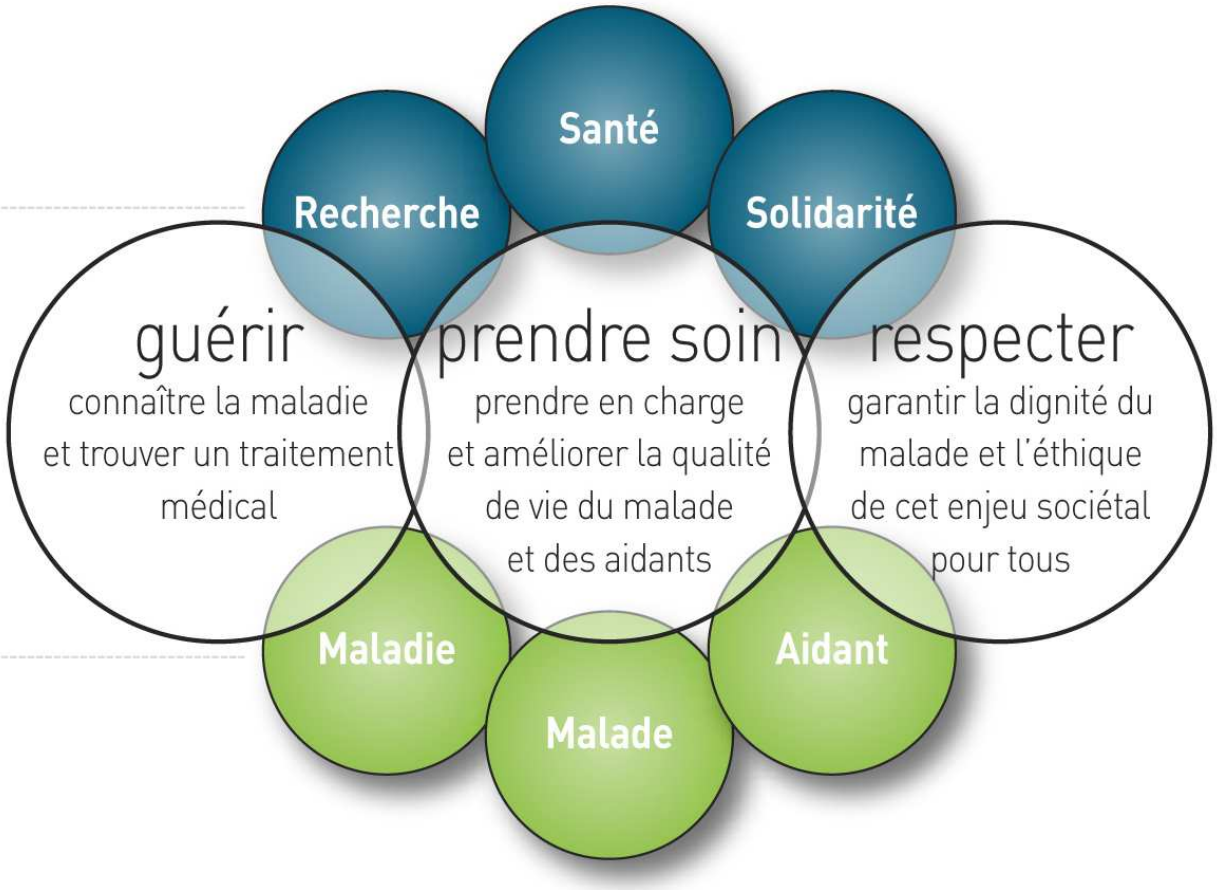
- Changer le regard porté sur les personnes atteintes de cette maladie : *film « évadés du réel »*
- Actualiser les connaissances : **formation**
- Aide à la pratique
- Création de liens de coopération
- Prévention de la dépendance induite par des soins inappropriés

Un outil qui s'inscrit dans les objectifs du plan Alzheimer PLAN 2008 › 2012 L'ENGAGEMENT DE TOUS

3 axes

3 objectifs

3 cibles

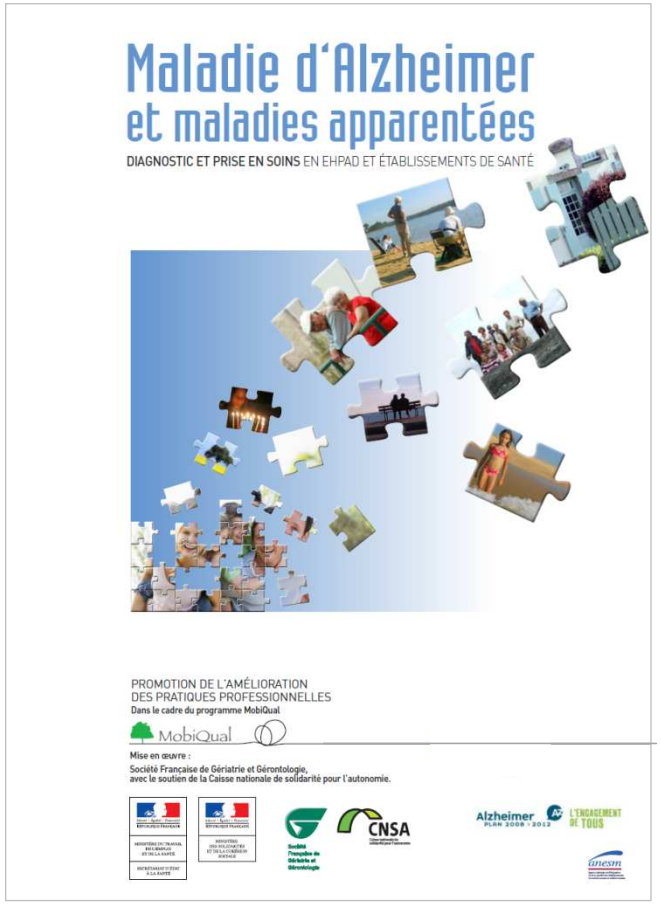


119

Cible

- Directeurs d'établissements
- Médecins coordonnateurs/traitants
- Cadres et personnels soignants
- Tout professionnel intervenant en EHPAD et/ou établissement de santé

Contenus : Une plaquette de présentation


Maladie d'Alzheimer
et maladies apparentées
DIAGNOSTIC ET PRISE EN SOINS EN EHPAD ET ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ
PROMOTION DE L'AMÉLIORATION
DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES
Dans le cadre du programme MobiQual
MobiQual
Mise en œuvre :
Société Française de Gériatrie et Gérontologie,
avec le soutien de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.
CNSA
Alzheimer
L'ENGAGEMENT DE TOUS

1. AUTOUR DU PATIENT :
La prise en soins et l'accompagnement des personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou apparentée en institution ..... P. 12

DIAGNOSTIC ET PRISE EN SOINS EN EHPAD

1 LES PATHOLOGIES DÉMENTIELLES ..... P. 12
2 LE DIAGNOSTIC EN INSTITUTION ..... P. 14
3 LA PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE SPÉCIFIQUE D'UNE MALADIE D'ALZHEIMER OU APPARENTÉE ..... P. 14
4 LES TROUBLES PSYCHOLOGIQUES ET COMPORTEMENTAUX ..... P. 16

2. LE PROJET D'ÉTABLISSEMENT :
un volet spécifique pour l'accueil des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentée ..... P. 20

1 L'ORGANISATION FONCTIONNELLE ..... P. 20
2 UNE ÉQUIPE QUALIFIÉE, SPÉCIFIQUEMENT FORMÉE, SOUTENUE ET SUFFISAMMENT NOMBREUSE ..... P. 24
3 L'ORGANISATION ARCHITECTURALE : UN OUTIL AU SERVICE DU PROJET D'ÉTABLISSEMENT ..... P. 25
4 L'ACCUEIL SÉQUENTIEL ..... P. 25

3. LA CONTINUITÉ DES SOINS ET DE L'ACCOMPAGNEMENT
est prévue et organisée dans le projet d'établissement ..... P. 26

CONCLUSION ..... P. 27
POUR EN SAVOIR plus ..... P. 28
SITES INTERNET ..... P. 30
DIAPORAMAS rappel des titres ..... P. 31

Contenus : 14 outils d'évaluation

Évaluation neuropsychologique

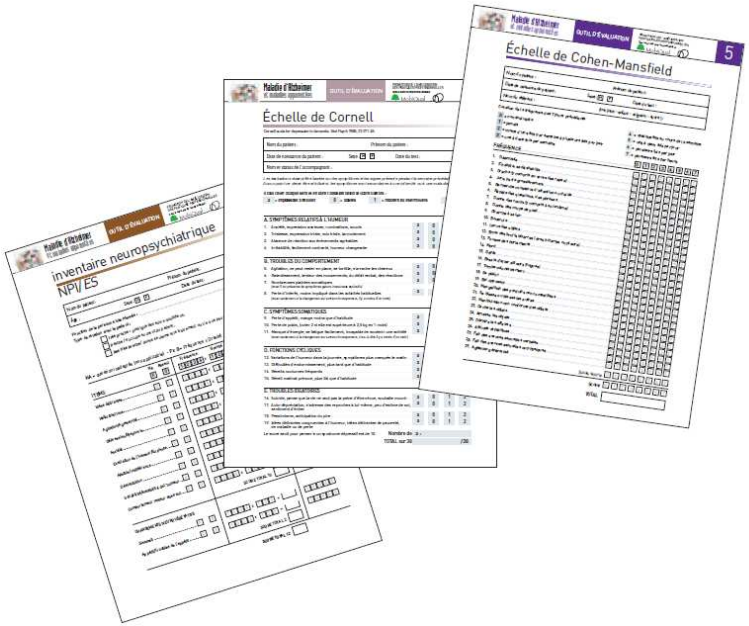
1. MMSE
2. NPI-ES
3. Mini GDS
4. Échelle de Cornell
5. Échelle de Cohen Mansfield

Évaluation nutritionnelle

6. Échelle de Blandford
7. Courbe de poids
8. MNA© version courte
9. Goûts et réticences alimentaires

Évaluation de la douleur

10. Échelle numérique (EN)
11. Échelle verbale simple (EVS)
12. Échelle comportementale d'évaluation chez la personne âgée non communicante (ECPA®)
13. Doloplus®
14. Algoplus®



Contenus : Des fiches pratiques

16 fiches pratiques

1. Quelques questions réflexes devant un trouble du comportement aigu
2. Savoir-être et savoir-faire
3. La Validation© : une pratique quotidienne
4. La réminiscence en pratique
5. Alimentation et maladie d'Alzheimer
6. L'aide aux repas : des gestes simples mais essentiels
7. Les aides techniques pour le repas
8. Activité physique : bouger
9. Les aides techniques à la mobilité et aux transferts
10. Prévention de la perte d'équilibre et des chutes
11. Cadre de vie
12. Unité cognitivo-comportementale (UCC)
13. Les pôles d'activités et de soins adaptés (PASA)
14. Accueillir des "malades jeunes" en EHPAD
15. L'assistant de soins en gérontologie (ASG) : une nouvelle fonction
16. Élaborer et faire vivre une convention

2.SAVOIR_ETRE_FAIRE.pdf

Contenus : Les fiches « Ils le font »

5 fiches "Ils le font"

1. Atelier jardin thérapeutique
2. Atelier peinture intergénérationnel
3. Une année de musicothérapie au quotidien
4. Les promeneurs
5. Une journée en UHR

3.MUSICOTHERAPIE.pdf

Contenus : 2 DVD

DVD 1 : *pour changer le regard…*

Film de sensibilisation :

- “**Évadés du réel**”, réalisation Pierre Schumacher (28 mn) et version courte (13 mn)

Contenus : 2 DVD

DVD 2 : Séquences pédagogiques…

Séquences pédagogiques :

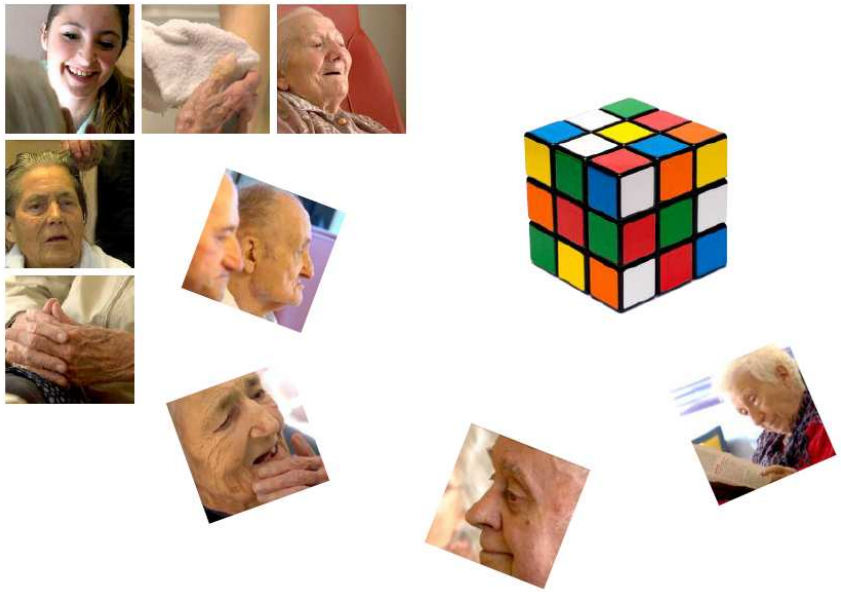
- **8 points de vue de soignants** sur la maladie d'Alzheimer
- **3 séquences :**
  - **l'attitude soignante** (le savoir-faire et le savoir-être dans le soin)
  - **les familles** (les liens avec les proches)
  - **la Validation©** (une séance de validation individuelle)

Contenus : 1 CD

… avec diaporamas en Power Point
et des fichiers PDF

23 diaporamas de formation (PowerPoint)
Des documents imprimables :

- la totalité des fichiers (pdf) des documents présents dans le classeur : plaquette, guide de l'animateur, fiches pratiques, fiches "Ils le font", outils d'évaluation, fiches TNM et Stim-EHPAD du CMRR de Nice, exemples de convention, annexes juridiques



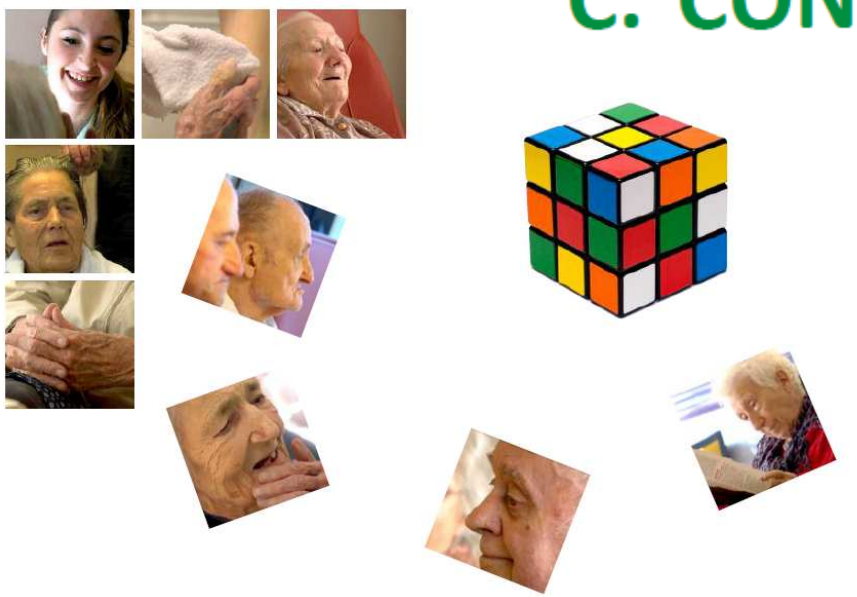
23 diaporamas de formation (635 vues)

… répartis en 3 thèmes :

A. AUTOUR DU PATIENT

B. PROJET d'ETABLISSEMENT

C. CONTINUITE DES SOINS



A AUTOUR DU PATIENT

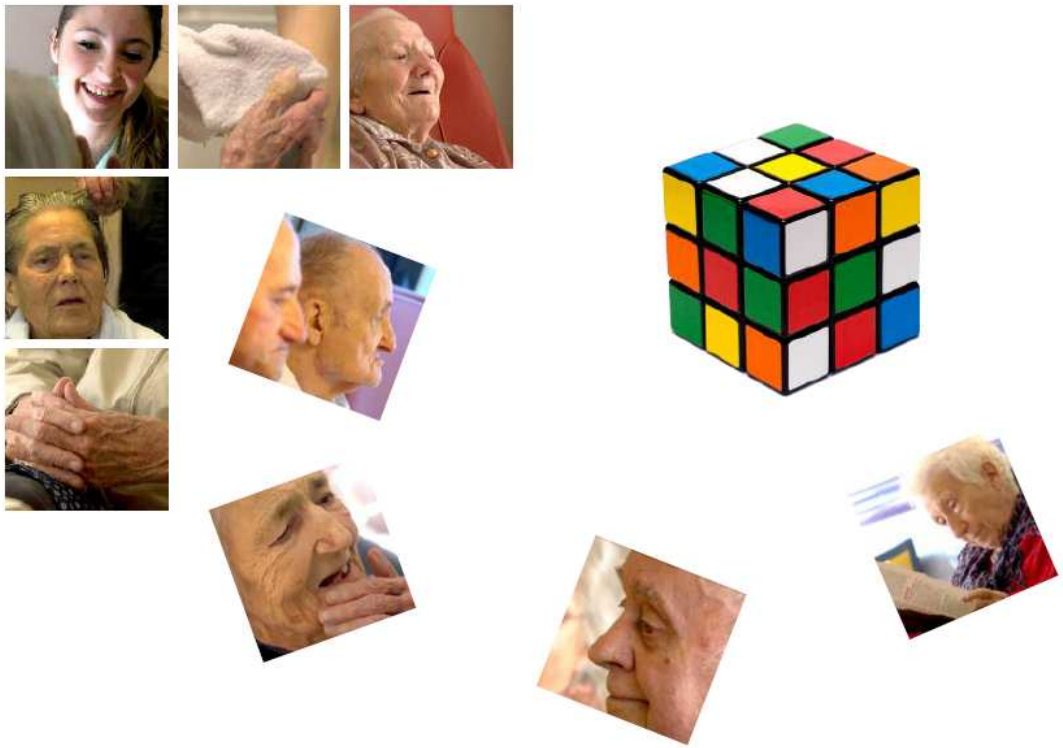
A.1 Les pathologies démentielles (20 vues) .....
A.2 MA Diagnostic et prise en soins en EHPAD (42 vues) .....
A.3 Les troubles psychologiques et comportementaux (48 vues) .....
A.4 Troubles du comportement alimentaire (28 vues) .....
A.5 Confusion aiguë chez la personne âgée (12 vues) .....
A.6 La crise d'agitation aiguë (21 vues) .....
A.7 La déambulation (17 vues) .....
A.8 Les troubles du sommeil (8 vues) .....
A.9 Apathie (12 vues) .....
A.10 Dépression et symptômes dépressifs (28 vues) .....
A.11 Le refus de soins (17 vues) .....
A.12 Fin de vie (17 vues) .....
A.13 Les interventions non médicamenteuses (43 vues) .....
A.14 La contention (22 vues) .....
A.15 Iatrogénie (39 vues) .....
A.16 Inventaire neuropsychiatrique (NPI-ES) (14 vues) .....

B PROJET D'ÉTABLISSEMENT

B.1 Le projet d'établissement (82 vues) .....

B.2 La réflexion éthique (32 vues) .....

B.3 Les relations avec les familles (8 vues) .....



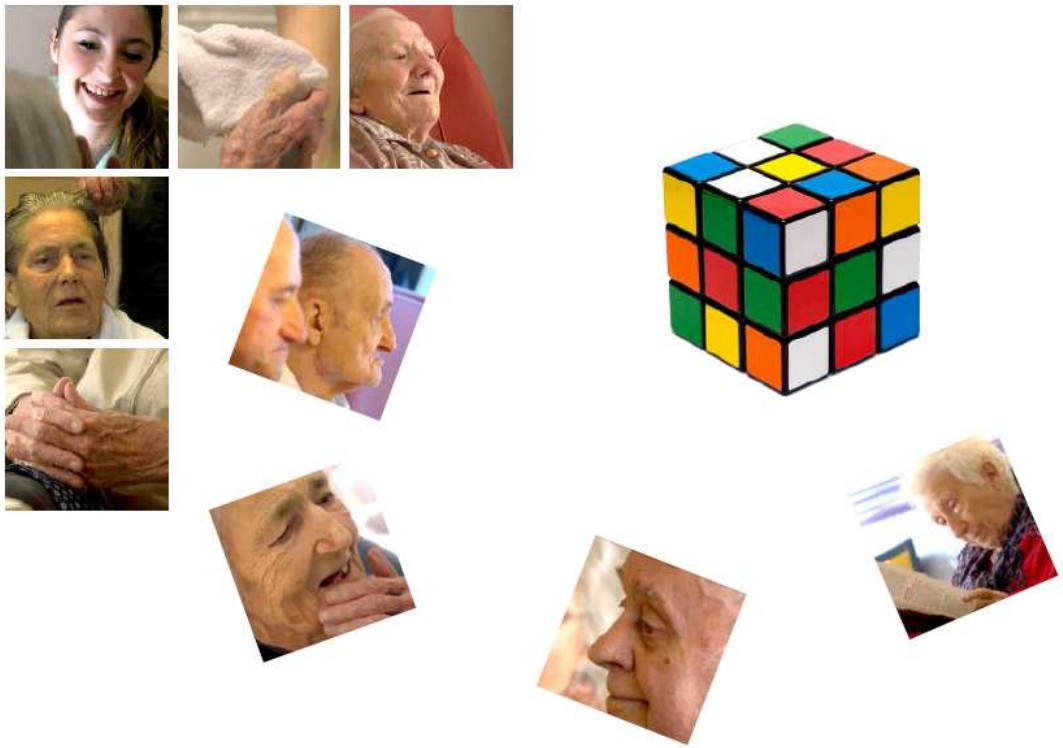
C CONTINUITÉ DES SOINS

C.1 Les structures ressources (38 vues) .....

C.2 Les soins palliatifs et d'accompagnement (17 vues) .....

C.3 Aspects juridiques (58 vues) .....

C.4 Alzheimer PLAN 2008 > 2012 (12 vues) .....



Merci pour votre attention

Retrouver les documents et liens utiles sur le site de l'ARS :

Rubrique : Qualité et performance

Secteur médico-social

Qualité et sécurité des établissements

Bonnes pratiques professionnelles en EHPAD

http://www.ars.nordpasdecalais.sante.fr/Bonnes-pratiques-professionnel.124766.0.html